



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



VI Mestrado em Gestão da Saúde

Surdez e participação no mercado de trabalho

Orientadoras: Prof. Doutora Céu Mateus

Prof. Doutora Sílvia Sousa

Discente: Tânia Alexandra Ferreira Delgado

Lisboa, 17 Dezembro de 2012

Trabalho de projecto submetido à Escola Nacional de Saúde Pública para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob orientação da Professora Doutora Céu Mateus, Professora Auxiliar da Secção de Saúde Pública e Organizações de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública e da Professora Doutora Sílvia Sousa, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, da Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho.

Surdez e participação no mercado de trabalho

Tânia Alexandra Ferreira Delgado

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

VI Curso do Mestrado de Gestão da Saúde

Dezembro de 2012

Agradecimentos¹

Após a conclusão do trabalho de projecto, não poderia deixar de agradecer às Orientadoras, Prof. Céu Mateus e Prof. Sílvia Sousa pela disponibilidade que demonstraram desde o início deste projecto, todo o acompanhamento e constantes palavras de incentivo.

¹ O presente estudo foi escrito de acordo com a antiga ortografia.

“Deaf people can do anything they want to do. The only thing they can’t do is hear.”

I. King Jordan

The first Deaf president of Gallaudet University

Resumo

Este estudo tem como objectivo caracterizar a participação no mercado de trabalho de pessoas com surdez. Foi analisada uma amostra de 144 indivíduos, adultos, todos eles com algum tipo de surdez, e comparados os dados obtidos com os referentes à população portuguesa. A análise mostra que na nossa amostra, o nível de escolaridade é superior ao da população, no entanto a taxa de emprego é inferior e a taxa de desemprego é mais do dobro do que na população portuguesa.

Palavras-chave: incapacidade; surdez; emprego; mercado de trabalho; educação

Abstract

This study aims to characterize the labour market participation of deaf people. We analyzed a sample of 144 individuals, adults, all with some form of deafness, and compared the data with respect to the Portuguese population. The analyses shows that in our sample the level of education attained is higher than the population, but the employment rate is lower and the unemployment rate is more than twice than in the Portuguese population.

Keywords: disability; deaf; employment; labour market; education

Índice

RESUMO	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ÍNDICE DE QUADROS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
LISTA DE ABREVIATURAS	VIII
INTRODUÇÃO	1
I - ENQUANDRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I - INCAPACIDADE	4
1.1 - INCAPACIDADE – MODELOS CONCEPTUAIS	4
1.1.1 - MODELO MÉDICO	4
1.1.2 - MODELO SOCIAL	5
1.1.3 - MODELO BIOPSISSOCIAL	7
1.2 - INCAPACIDADE - PREVALÊNCIA	11
2.1 EVOLUÇÃO LEGISLATIVA NA EUROPA	14
2.2 – EVOLUÇÃO LEGISLATIVA E POLÍTICA DE EMPREGO EM PORTUGAL	17
2.3 – PESSOAS COM INCAPACIDADE NO MERCADO DE TRABALHO	22
2.3.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA	22
2.3.2 – O EMPREGO DAS PESSOAS COM INCAPACIDADE	23
2.3.3 – ALGUNS ESTUDOS	27
CAPÍTULO III - INCAPACIDADE AUDITIVA	35
3.1- DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO	35
3.2 – ETIOLOGIA	36
3.3 -PREVALÊNCIA	38
3.4 – IMPACTO DA PERDA AUDITIVA NO DESENVOLVIMENTO	39
3.5 - INCAPACIDADE AUDITIVA EM PORTUGAL	42
3.6 - INCAPACIDADE AUDITIVA / SURDEZ E MERCADO DE TRABALHO	43
II - METODOLOGIA	50

III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
IV – CONCLUSÃO	72
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	85

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1: REMUNERAÇÃO MÉDIA MENSAL LIQUIDA DAS PESSOAS EMPREGADAS, POR SEXO

69

GRÁFICO 2: REMUNERAÇÃO MÉDIA MENSAL LIQUIDA DAS PESSOAS EMPREGADAS, POR NÍVEL
DE ENSINO

70

Índice de quadros

QUADRO 1: DISTINÇÃO SEMÂNTICA ENTRE CONCEITOS _____	9
QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DA HIPOACÚSIA QUANTO AO GRAU _____	35
QUADRO 3: ESTUDOS ANALISADOS – INCAPACIDADE AUDITIVA E MERCADO DE TRABALHO _	46

Índice de tabelas

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO POR TIPO DE SURDEZ	57
TABELA 2: TIPO DE COMUNICAÇÃO UTILIZADO (%)	58
TABELA 3: COMPARAÇÃO DA IDADE MÉDIA PARA CADA UM DOS SEXOS E RESULTADOS DO TESTE T DE STUDENT	59
TABELA 4: VARIÁVEIS DA CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	60
TABELA 5: TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO, POR SEXO	62
TABELA 6: TAXA DE EMPREGO NAS VARIÁVEIS SEXO, IDADE E NÍVEL DE ESCOLARIDADE	64
TABELA 7: PROFISSÃO DAS PESSOAS EMPREGADAS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE	66
TABELA 8: CARACTERIZAÇÃO LABORAL DAS PESSOAS EMPREGADAS (%)	66
TABELA 9: PERCENTAGEM DE PESSOAS DESEMPREGADAS NAS VARIÁVEIS SEXO, IDADE, NÍVEL ESCOLARIDADE E DURAÇÃO	67
TABELA 10: REMUNERAÇÃO MÉDIA MENSAL LIQUIDA DAS PESSOAS EMPREGADAS, POR SEXO	68
TABELA 11: REMUNERAÇÃO MÉDIA MENSAL LIQUIDA DAS PESSOAS EMPREGADAS, POR NÍVEL DE ENSINO	69

Lista de abreviaturas

APS – Associação Portuguesa de Surdos

CIF – Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

CPP – Classificação Portuguesa de Profissões

EUA – Estados Unidos da América

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

ICIDH - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

ILO – *International Labour Organization*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR - Instituto Nacional para a Reabilitação

MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONU – Organização das Nações Unidas

WHO- *World Health Organization*

Introdução

Actualmente, estima-se que existam cerca de 650 milhões de pessoas em todo o mundo com incapacidade, das quais cerca de 470 milhões estão em idade activa (WHO, 2011).

Na Europa, dados de 2002 apontavam para que cerca de 16% da população activa tenha algum tipo de incapacidade (Dupré; Karjalainen, 2003).

Em Portugal, segundo dados dos Censos de 2001 cerca de 6,1% da população residente tem alguma incapacidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) no seu artigo 23º consagra que *“toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à protecção contra o desemprego”*. E a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência refere no seu artigo 27º que *“Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a trabalhar, em condições de igualdade com as demais; isto inclui o direito à oportunidade de ganhar a vida através de um trabalho livremente escolhido ou aceite num mercado e ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. (...) (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, 2009).*

A integração da pessoa com incapacidade no mercado de trabalho é actualmente entendida como um factor decisivo para a inclusão social, independência económica e consequente valorização e realização pessoal destes cidadãos, embora a actual conjuntura económica nacional e internacional não seja a mais favorável para a activação do mercado de trabalho das pessoas com incapacidade.

A incapacidade pode ter um efeito negativo não só na participação no mercado de trabalho, mas também ao nível das habilitações académicas alcançadas e rendimento.

Em Portugal estima-se que 13,2% das pessoas têm incapacidade auditiva, segundo dados dos Censos 2001. Estes dados reflectem a incapacidade auditiva adquirida em qualquer altura da vida, que é diferente da incapacidade auditiva adquirida na primeira infância, cujo impacto ao nível do desenvolvimento da pessoa é muito maior. Acerca desta população, vulgarmente designada “surda” a informação é muito escassa.

Neste contexto, o presente estudo tem como finalidade principal caracterizar a participação no mercado de trabalho das pessoas com incapacidade auditiva, adquirida na infância.

Para uma melhor compreensão, o estudo será constituído por quatro partes: o enquadramento teórico, metodologia, resultados/ discussão e a conclusão.

O enquadramento teórico terá três capítulos, um dedicado à *Incapacidade* que aborda os modelos conceptuais e a prevalência; outro capítulo dedicado à *Incapacidade e mercado de trabalho* com destaque para a evolução legislativa e estudos sobre pessoas com incapacidade no mercado de trabalho; o terceiro acerca da *Incapacidade auditiva*, onde abordamos a definição, prevalência e sua relação com o mercado de trabalho.

A segunda parte corresponde à Metodologia, onde são descritos os objectivos do estudo e o método de recolha de dados.

A terceira parte corresponde à descrição e discussão dos resultados obtidos.

A última parte corresponde às principais conclusões do estudo.

I - ENQUANDRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - Incapacidade

1.1 - Incapacidade – modelos conceptuais

Ao longo dos anos tem-se assistido a inúmeras discussões / debates na área da saúde e das ciências sociais acerca da problemática da incapacidade (do inglês *disability*).

Em termos culturais, sociológicos e políticos, o problema da incapacidade não é muito diferente dos problemas que se têm colocado em relação ao género, à cor da pele ou à discriminação de certas minorias (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, 2006).

Ao longo dos anos a tentativa de definir a incapacidade foi evoluindo através de diferentes perspectivas, sendo difícil obter uma única definição consensual.

Se olharmos o conceito de deficiência / incapacidade como uma construção moderna alicerçada nas ciências biomédicas e nos seus referente normativos, é possível reconhecer dois modelos antagónicos: o modelo médico e o modelo social (Portugal, et al., 2010). Um terceiro modelo, o biopsicossocial, surge através do reconhecimento das limitações dos modelos biomédicos em fornecerem uma visão integrada do funcionamento humano no quadro das suas relações com os contextos de vida.

1.1.1 - MODELO MÉDICO

As práticas e os saberes da medicina têm-se estruturado em torno da dicotomia normal e patológico. Na análise da biomedicina, a deficiência / incapacidade emerge com uma forma particular de patologia, de desvio à norma. Se por um lado a ciência moderna libertou as pessoas com deficiência de superstições e questões metafísicas, por outro lado reinvestiu as pessoas com deficiência de valores sociais subalternizantes (Portugal, et al., 2010).

À luz deste modelo a incapacidade é a consequência de uma doença, é um problema de uma pessoa numa perspectiva individual. É uma alteração observável das normas de estruturas ou funções biomédicas que resultam directamente de uma doença, trauma ou outra condição de saúde (Officer; Groce, 2009), (Bickenbach, et al., 1999).

O modelo médico baseia-se numa perspectiva individualizada sobre a pessoa com incapacidade, focaliza-se nas limitações e no impacto negativo que advém da incapacidade. A pessoa é vista através de uma abordagem reabilitacional (Portugal, et al., 2010).

Neste modelo, os cuidados em relação à incapacidade têm por objectivo a cura ou a adaptação do indivíduo ao meio e mudança de comportamento. Esta ideia leva a que à luz deste modelo, as pessoas com incapacidade sejam desvalorizadas, discriminadas. É a pessoa que se tem de adaptar ao meio (Hutchison, 1995).

A capacidade de decisão de pessoas com incapacidade é remetida para peritos, profissionais e voluntários no seio de estruturas que tendem a consagrá-los como objectos passivos de cuidado. Estas pessoas não são reconhecidas como agentes centrais (Portugal, et al., 2010).

A assistência médica é considerada como a questão principal e, a nível político, a principal resposta é a modificação ou reforma da política de saúde.

1.1.2 - MODELO SOCIAL

O modelo social emergiu e desenvolveu-se como forma de resposta aos constrangimentos impostos pelas perspectivas estreitas de integração social sustentadas pelo modelo médico.

Nos anos 70, começam a criar-se e a reformular-se estruturas organizativas que tinham como propósito central dar visibilidade às múltiplas formas de opressão a que estão sujeitas as pessoas com deficiência (Portugal, et al., 2010).

O modelo social emerge de uma íntima relação entre activismo político e reflexão sociológica. Deste modo, o modelo social procura entender a exclusão das pessoas com deficiência ou incapacidade através da organização social: pela ausência de respostas adequadas e pela existência de formas activas de discriminação que contrariam a inclusão social (Portugal, et al., 2010).

À luz deste modelo social, a incapacidade não é apenas um atributo individual mas antes um conjunto complexo de condições, actividades e relações, muitas das quais são criadas no ambiente social (Bickenbach, et al., 1999). A incapacidade é vista como uma construção social ou mais claramente, como uma forma sofisticada de opressão social (Oliver, 1990), a par com outras formas de opressão social associadas ao género, raça, classe e sexualidade (Thomas, 2004).

Alguns dos nomes mais relevantes nesta área são estudiosos que têm incapacidade, como Michael Oliver e Colin Barnes do Reino Unido e Harlan Hahn dos Estados Unidos da América, que trazem a sua própria experiência e análise para suportar a sua acção política.

Concomitantemente com estes desenvolvimentos teóricos, activistas sociais e defensores de pessoas com incapacidade argumentam que a incapacidade é uma matéria política.

O conceito de “modelo social” da incapacidade ou deficiência foi usado primeiramente por Michael Oliver em 1983 que procurou constituir um corpo teórico capaz de dar uma perspectiva holística dos problemas enfrentados pelas pessoas com incapacidade ou deficiência. Nesse corpo teórico M. Oliver identifica e recusa o modelo médico e a abordagem que este promove, como uma estrutura que só poderá ser superada pela assunção de um modelo social por parte dos movimentos das pessoas com deficiência. Neste modelo a deficiência é vista como uma incapacitação, uma forma de opressão sobre as pessoas que tenham falta total ou parcial de algum membro ou órgão, ou que apresentem algum membro ou órgão defeituoso. M. Oliver nega assim o modelo médico, a narrativa de “tragédia pessoal” e toda a abordagem reabilitacional que é a base central para a deficiência ser pensada como uma

tragédia pessoal e não como o produto de relações opressivas (Portugal, et al., 2010).

Pessoas com incapacidade representam uma minoria social que tem sido constantemente discriminada em todas as situações da vida. As limitações que as pessoas enfrentam não têm a ver com a condição médica, mas sim com atitudes sociais de imagens negligenciadas e estereotipadas acerca das suas capacidades e necessidades (Bickenbach, et al., 1999).

Barnes (1991) defende que as pessoas não precisam de sentimentos de piedade apenas de protecção dos direitos humanos garantidos por lei, representação nos processos políticos e integração das matérias de incapacidade na política social.

Nesta perspectiva, está bem patente a valorização da responsabilidade colectiva no respeito pelos direitos humanos, na construção de uma sociedade igualitária e no questionamento de modelos estigmatizantes ou pouco promotores da inclusão social (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, 2006).

1.1.3 - *MODELO BIOPSIKOSSOCIAL*

Foi a partir o artigo publicado por George Engel, na *Science* em 1977 que a abordagem biopsicossocial se tem focalizado na compreensão do funcionamento humano, com base nas interações entre as dimensões biológica psicológica e social. No seu artigo, Engel (1977) refere que cada sistema (biológico, psicológico e social) pode afectar e ser afectado por qualquer um dos outros sistemas, o que pressupõe uma abordagem sistémica e interdisciplinar do funcionamento humano.

Esta abordagem está expressa no último conjunto de trabalhos da OMS para redefinir a incapacidade, nomeadamente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), cuja versão anterior era a “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” - *ICIDH*.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DEFICIÊNCIAS, INCAPACIDADES E DESVANTAGENS – ICIDH

Um dos objectivos da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a elaboração de Classificações Internacionais de Saúde de modo a que haja um quadro consensual a ser usado pelos sistemas de saúde, governos, etc., visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde. Classificações internacionalmente reconhecidas facilitam o armazenamento, recuperação, análise e interpretação de dados. Permitem também a comparação de dados das populações ao longo do tempo e entre populações. O propósito de “Família de Classificações Internacionais” da OMS (*WHO Family of International Classifications - WHO-FIC*) consiste em promover a selecção apropriada de classificações em vários campos da saúde em todo o mundo (WHO, 2002).

Em 1976 a OMS aprovou para publicação um instrumento de classificação de consequências de condições crónicas. É publicada em 1980 a versão experimental *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap: a manual of classification relating to the consequences of disease* – ICIDH (Bickenbach, *et al*, 1999) (Chapireau; Colvez, 1998) (Badley, 1993).

Este documento é publicado no período em que também se celebrou o *International Year for Disabled Persons* (Ano Internacional das Pessoas com Deficiência) proclamado pelas Nações Unidas em 1981, e *Decade of Disabled Persons* entre 1983-1992. Este período é caracterizado pela preparação, adopção e implementação de medidas políticas e legislativas que promovem o exercício dos direitos das pessoas com incapacidade (Fougeyrollas, 1995).

Em Portugal, a ICIDH é publicada em 1989 pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação – SNR, como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.

Esta classificação constitui uma ferramenta para ser aplicada na investigação de resultados de saúde, questionários à população acerca de estados de saúde, codificação de informação de saúde (Bickenbach, *et al*, 1999).

A ICIDH, enquanto modelo conceptual e de classificação, introduz pela primeira vez uma distinção entre as consequências orgânicas, funcionais, pessoais e acima de tudo sociais, da doença e trauma (Fougeyrollas, 1995).

Sendo uma classificação que pretende uniformizar a linguagem acerca das consequências das doenças, deveria ter conceitos bem claros e definidos. É logo neste ponto que surgem muitas das críticas a este modelo.

Na construção da classificação foi tida em consideração a selecção de diferentes termos que reforçassem desigualdades conceptuais dos diferentes planos de consequências de doença. Evitou-se que se usasse o mesmo termo para deficiência, incapacidade e desvantagem. Isto criou algumas dificuldades na tradução da ICIDH para outras línguas. Por outro lado algumas palavras podem ter conotações diferentes das apresentadas na classificação. Por ex., nos EUA o termo “*handicapped*” tem sido usado de maneira pejorativa relativamente a pessoas com incapacidade. Além da procura de termos descritivos, também foram empregues diferentes classes gramaticais: deficiência (*impairment*) é descrita por adjectivo ou nome, incapacidade (*disability*) é descrita por verbos, para dar a ideia de acção (Badley, 1993).

Quadro 1: Distinção semântica entre conceitos (Adaptada de Badley (1993))

Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Linguagem / visão	de falar /de ver	orientação
Musculo-esquelética	de se vestir, de andar	Independência física, mobilidade
Psicológica	de se relacionar, de aprender	Integração social

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF E O MODELO BIOPSISSOCIAL

Vários autores referem o papel das barreiras físicas e sociais na incapacidade. Os modelos médico e social apresentam-se muitas vezes de maneira dicotómica, mas a incapacidade não deve ser vista apenas do ponto de vista “médico” nem apenas do ponto de vista “social”. A CIF é um sistema de

classificação que consagra o modelo “biopsicossocial”, uma síntese entre o modelo médico e o modelo social numa “*visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social*” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, 2006) e foi publicada pela OMS em 2001. É uma classificação de “componentes da saúde” (WHO, 2011a).

Esta classificação tem como objectivo “*proporcionar uma linguagem unificada e padronizada que sirva como quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde*” (INR, 2012).

Através da CIF é possível obter um quadro conceptual de referência universal assente em bases científicas, uma linguagem comum e padronizada, um sistema de classificação multidimensional e de codificação sistemática que permite a comparabilidade entre países, entre várias disciplinas e em diferentes momentos ao longo do tempo.

Surge, com a CIF, uma nova conceptualização das noções de saúde e incapacidade. Aqui já não encontramos uma demarcação dos conceitos de *impairment*, *disability* e *handicap* (como acontecia na classificação anterior). Assenta, ao invés, sobre três dimensões estruturantes:

- 1) Funcionamento corporal (funções fisiológicas ou psicológicas) e estrutura (partes anatómicas);
- 2) Actividades ao nível individual;
- 3) Participação na sociedade.

A *funcionalidade* é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, actividades e participação. Corresponde aos aspectos positivos de interacção entre um individuo e os seus factores contextuais. A *incapacidade (disability)* é o termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Corresponde aos aspectos negativos da interacção entre um individuo e seus factores contextuais. A *deficiência (impairment)* refere-se apenas à existência ou não de uma alteração (biomédica) na estrutura ou função do corpo, sem que daí se possa estabelecer uma relação causal para a sua funcionalidade / incapacidade (INR, 2012).

Esta classificação valoriza, não a “deficiência”, mas sim as reduções nas capacidades resultantes da relação e interacção dessa configuração particular, com as circunstâncias da envolvente física, cultura e social em que os sujeitos se inserem, que podem limitar nas actividades e restringir a participação social (Portugal, et al., 2010).

A incapacidade é complexa, dinâmica e multidimensional. Resulta da interacção de condições de saúde, factores pessoais, ambientais e sociais. Nesta classificação a incapacidade é um termo “chapéu” que cobre outros termos como deficiências, limitações de actividade, restrição de participação (WHO, 2011).

A CIF pode ser aplicada a nível individual, institucional ou social. A nível individual, pode-se aplicar quando alguém vivencia uma redução da sua funcionalidade, consequência de um problema de saúde, com vista a documentar a experiência de vida dessa pessoa, especificar intervenções ajustadas e definir resultados esperados. Proporciona também o uso de uma linguagem comum, que facilita a comunicação entre profissionais. A nível institucional tem potencial para descrever os objectivos estratégicos de uma organização que actue na área da deficiência e incapacidade, estruturar planos de investigação, proporcionar a base para *standards* de qualidade e avaliação de resultados. A nível social pode ser usada avaliar a resposta actual às deficiências e incapacidades dentro de uma jurisdição, proporcionar um referencial para a criação de políticas mais inclusivas, por exemplo (Sousa, Casanova; Pedroso, 2007).

1.2 - Incapacidade - prevalência

A obtenção de dados sobre pessoas com incapacidade / deficiência é uma tarefa difícil. As definições, como vimos atrás não são consensuais, e os critérios utilizados podem variar em função de objectivos políticos, legislação e normas administrativas. A grande maioria dos dados é obtida através de

inquéritos à população, sendo contudo dados subjectivos, que podem ser influenciados por diferentes percepções culturais nos diferentes países.

O relatório *World Report on Disability* da OMS (WHO, 2011) refere que actualmente existem cerca de 650 milhões de pessoas com incapacidade, das quais cerca de 470 milhões estão em idade activa.

Nos EUA, em 2005, havia cerca de 54 milhões de pessoas com algum grau de incapacidade, o que representava cerca de 18,7% da população (Brault, 2008).

O relatório da OCDE *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers* de 2010 (OECD, 2010) apontava para cerca de 14% de pessoas com incapacidade, em idade activa, nos seus países.

Na União Europeia uma das fontes de dados acerca da incapacidade é o Inquérito ao Mercado de Trabalho (*Labour Force Survey*) e respectiva secção sobre deficiência e incapacidade. Em 2002, cerca de 44,6 milhões de pessoas entre os 16 e os 64 anos consideravam ter um problema de saúde prolongado ou incapacidade, o que representa cerca de 16% da população activa da UE (Dupré; Karjalainen, 2003).

PORTUGAL

À semelhança do que acontece a nível europeu e mundial, também em Portugal os dados relativos à deficiência ou incapacidade são díspares.

Os Censos 2001 apuraram 634 408 pessoas com alguma deficiência, o que representa 6,1% da população residente (Gonçalves, 2003).

Os dados do EUROSTAT, em 2002 apontavam para 20,1% de pessoas com algum grau de incapacidade (moderada ou severa), nas pessoas entre os 18-64 anos (Dupré; Karjalainen, 2003), em Portugal.

Em 2007 o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento - ICOR, realizado pelo INE, a numa amostra de 7225 indivíduos refere que 19,7% tem alguma incapacidade (as questões são “*Sofre de alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado, ainda que com ocorrência sazonal ou intermitente?*” e

“Sente as suas capacidades limitadas para fazer actividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a algum problema de saúde, doença ou incapacidade?”) (Portugal, et al., 2010).

No referido relatório da OCDE (OECD, 2010), Portugal apresenta uma taxa de incapacidade auto-declarada de cerca de 18%, em pessoas em idade activa, no final da primeira década de 2000.

Capítulo II - Incapacidade e mercado de trabalho

2.1 Evolução Legislativa na Europa

O direito ao trabalho, à igualdade e não discriminação no trabalho é um direito reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em outros documentos internacionais.

“O emprego e a actividade profissional são elementos importantes para garantir a igualdade de oportunidades para todos e muito contribuem para promover a plena participação dos cidadãos na vida económica, cultural e social, bem como o seu desenvolvimento pessoal.” (Directiva 200/78/CE, 2000)².

Como já foi referido estima-se que cerca de 16% da população europeia tenha incapacidade (Dupré; Karjalainen, 2003). Este é um número significativo pelo que, tem sido preocupação da União Europeia a promoção da integração e participação plena destas pessoas nas actividades sociais.

A Organização Internacional do Trabalho, na sua Recomendação n.º 168 em 1983, no artigo 2º refere que os governos devem promover a igualdade de formação e de oportunidades de emprego para as pessoas com incapacidade. Esta promoção pode ocorrer através de alguns tipos de acções, tais como:

- acções ou medidas destinadas a preparar e dotar de conhecimentos os indivíduos com deficiência de forma a que estes possam alcançar os níveis de competência e habilitações necessários para beneficiarem das oportunidades

² Adoptada em Novembro de 2000, esta directiva proíbe qualquer discriminação, directa ou indirecta, baseada na religião ou nas convicções, numa deficiência, na idade ou na orientação sexual no acesso ao trabalho

de emprego. Isto inclui serviços de reabilitação vocacional assim como formação vocacional adequada;

- acções ou medidas que ajustem o meio ambiente às necessidades específicas das pessoas com deficiência, tais como acessibilidade ao meio edificado, ao local de emprego, ao trabalho, adaptações de máquinas ou ferramentas, flexibilidade de horário de trabalho, assim como acções legais ou de sensibilização para combater a discriminação e atitudes negativas passíveis de causar exclusão;

- acções ou medidas que assegurem às pessoas com deficiência o acesso a oportunidades de emprego no mercado normal de trabalho. Isto inclui legislação e políticas que favoreçam o trabalho remunerado além de rendimentos de apoio passivo, incentivos para empregadores que empreguem ou mantenham no emprego trabalhadores com uma deficiência, assim como emprego protegido, trabalho por conta própria e outros serviços e programas que permitam às pessoas com deficiência encontrar e progredir no emprego (Resolução da Assembleia da Republica n.º 63/98, 1998).

Em todas as sociedades, as pessoas com incapacidade não foram totalmente integradas no mercado de trabalho. De modo a trabalhar sem discriminação é importante a integração e participação na sociedade, da pessoa com incapacidade.

A tomada de consciência das discriminações de que são alvo as pessoas com incapacidade, levou à aprovação, por parte do Conselho da União Europeia, da Directiva que tem como objectivo *“estabelecer um quadro geral para lutar contra a discriminação em razão da religião ou das convicções, de uma deficiência, da idade ou da orientação sexual, no que se refere ao emprego e à actividade profissional, com vista a pôr em prática nos Estados-Membros o princípio da igualdade de tratamento.”* - (Directiva 2000/78/CE, 2000).

Em 2003 a UE elaborou o Plano de Acção Europeu sobre a igualdade de oportunidades para pessoas com incapacidade / deficiência para o período 2010-2013, com o objectivo de promover a igualdade de oportunidades e facilitar a plena integração na sociedade de pessoas com incapacidade

(European Commission, 2009). Para atingir estes objectivos, foram desenhadas 3 estratégias:

- alcançar a plena e efectiva implementação da Directiva 2000/78/CE relativamente ao emprego;
- integrar questões relacionadas à incapacidade em todas as políticas, legislação e programas dos diferentes países da EU;
- melhorar a acessibilidade.

A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada na Assembleia Geral das Nações Unidas, adoptada em 2006 (ratificada pelo Governo Português a 23 Outubro 2009) constitui um instrumento legal no reconhecimento e promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência e na proibição da discriminação contra estas pessoas em todas as áreas da vida. Em relação ao trabalho e emprego, refere o 27º artigo:

“Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a trabalhar, em condições de igualdade com as demais; isto inclui o direito à oportunidade de ganhar a vida através de um trabalho livremente escolhido ou aceite num mercado e ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. (...)” (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, 2009).

A Estratégia Europeia para a Deficiência (2004-2010) da Comissão Europeia tem como objectivo promover a igualdade de oportunidades que permita a construção de uma sociedade aberta e acessível a todos. Assenta em três pilares: legislação e medidas anti-discriminação; eliminação de barreiras no ambiente; integração das questões relacionadas com as pessoas com deficiência no conjunto das políticas da União Europeia e dos Estados Membros. Para cumprir estes objectivos, foi criado o Plano de Acção da EU a favor das pessoas com deficiências ou incapacidades, através do qual se promovem acções nas áreas de emprego, educação para todos e vida autónoma (Gonçalves; Nogueira, 2012).

O Plano de Acção para a Deficiência e Incapacidade 2006-2015, do Conselho da Europa, foi aprovado pelo Comité de Ministros em 5 de Abril de 2006. Tem como objectivo ser um referencial de apoio ao desenho e implementação de planos e programas, fornecendo as orientações e os meios necessários para concretizar os objectivos propostos e garantindo que as questões ligadas à deficiência são integradas em todas as políticas dos Estados Membros, como forma de promover o reconhecimento de necessidades e contribuições da pessoa com deficiências e incapacidades. Todos os Estados da União Europeia devem contribuir para que seja melhorada a vida das pessoas com deficiência, num sentido de responsabilidade colectiva, de todas as pessoas e não só dos Estados ou das instituições (Gonçalves; Nogueira, 2012).

2.2 – Evolução legislativa e Política de emprego em Portugal

Portugal foi um dos primeiros signatários da Convenção 159 da Organização Mundial do Trabalho (Resolução da Assembleia da Republica n.º 63/98, 1998)., relativamente à reabilitação e emprego de pessoas com deficiência / incapacidade.

A articulação da política para o emprego das pessoas com deficiência desenvolve-se no início dos anos 80, com incentivos financeiros aos empregadores introduzidos em 1982 e uma lei para estabelecer o emprego protegido que passou em 1983 (Gonçalves; Nogueira, 2012). De acordo com Decreto-Lei n.º 40/83 *“O emprego protegido tem como finalidade proporcionar aos deficientes que possuam capacidade média de trabalho igual ou superior a um terço da capacidade normal exigida a um trabalhador não deficiente no mesmo posto de trabalho a correspondente valorização pessoal e profissional, facilitando a sua transferência para um emprego normal, quando tal lhes for assegurado convenientemente. (...) Entende-se por emprego protegido toda a actividade útil e remunerada que, integrada no conjunto da actividade económica nacional e beneficiando de medidas especiais de apoio por parte do Estado, visa assegurar a valorização pessoal e profissional das pessoas*

deficientes, facilitando a sua passagem, quando possível, para um emprego não protegido” (Decreto-Lei n.º 40/83).

Em 1989 é aprovada a 1ª Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89) que de acordo com o artigo 1º *“visa promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência”.*

Ainda em 1989, o Decreto-Lei 247/89 define o regime de apoio técnico e financeiro a programas de reabilitação profissional de pessoas com deficiência. Este decreto define as competências do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) (que fora criado em 1979) dentro do Ministério do Emprego e Segurança Social como a principal agência governamental no campo da política de emprego. O presente decreto estabelecia os seguintes programas: preparação pré-profissional, orientação profissional, formação profissional, readaptação ao trabalho, emprego no mercado normal de trabalho, emprego protegido e instalação por conta própria (artigo 1º). Refere ainda nos artigos 39º e 41º a atribuição de prémios de mérito e de integração profissional às entidades empregadoras de pessoas com deficiências (Decreto-Lei nº 247/89) (Thornton; Lunt, 1997).

No que respeita ao apoio ao emprego no mercado normal de trabalho, esta legislação previa vários apoios financeiros, de acordo com o artigo 24º:

- de compensação (destinava-se a assegurar à entidade empregadora uma compensação, durante o prazo máximo de um ano, pelo menor rendimento produtivo que poderia ser apresentado pelos trabalhadores com deficiências e incapacidades durante a fase de adaptação/readaptação ao posto de trabalho, calculado em função da redução efectiva do rendimento do trabalho apresentada pelo trabalhador e do salário base dum trabalhador não deficiente de igual categoria.)

- para adaptação de postos de trabalho (concedida para adaptação dos equipamentos ou postos de trabalho, tendo em conta as dificuldades funcionais do trabalhador com deficiência e incapacidade)
- para eliminação de barreiras arquitectónicas (concedido para eliminação de obstáculos físicos que impeçam ou dificultem o acesso do trabalhador ao local de trabalho ou a sua mobilidade no interior das instalações.)
- de acolhimento personalizado na empresa (concedido por um período entre 3 e seis meses, concedido para cobrir despesas com pessoas que acompanham e apoiem o trabalhador com deficiência e incapacidade durante o processo de integração e de adaptação ao esquema produtivo da entidade empregadora) (Decreto-Lei nº 247/89, 1989).

Em 2004, é aprovada a Lei n.º 38/2004 que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Esta lei altera significativamente o paradigma das políticas para as pessoas com deficiências ou incapacidade em Portugal ao aproximar o discurso legislativo português das normas internacionais, numa lógica biopsicossocial, de acordo com a CIF (Gonçalves; Nogueira, 2012). Esta Lei vem reforçar o papel do Estado na promoção de emprego e inclusão social de pessoas com deficiência, como refere o artigo 28º *“Compete ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o direito de acesso ao emprego, ao trabalho, à orientação, formação, habilitação e reabilitação profissionais e a adequação das condições de trabalho da pessoa com deficiência [...] o Estado deve fomentar e apoiar o recurso ao auto-emprego, teletrabalho, trabalho a tempo parcial e no domicílio”*. O artigo 28º estabelece ainda o sistema de quotas de emprego quer em entidades privadas quer no sector público (embora neste último já em 2011 o Decreto-Lei 29/2001, de 3 de Fevereiro estabelecia sistemas de quotas nas Administração Central e Local) *“As empresas devem, tendo em conta a sua dimensão, contratar pessoas com deficiência, mediante contrato de trabalho ou de prestação de serviço, em número até 2 % do total de trabalhadores [...] a Administração Pública deve proceder à contratação de pessoas com deficiência em percentagem igual ou superior a 5 %”* (Lei n.º 38/2004) (Decreto-Lei n.º 29/2001).

Em 2006 foi criado o Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades - PAIPDI, adoptado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, de 21 de Setembro. Este Plano tinha cinco objectivos estratégicos:

- a) A promoção dos direitos humanos e o exercício da cidadania.
- b) A integração das questões da deficiência e da incapacidade nas políticas sectoriais.
- c) A acessibilidade a serviços, equipamentos e produtos.
- d) A qualificação, formação e emprego das pessoas com deficiências ou incapacidades.
- e) A qualificação e formação dos profissionais que prestam serviços às pessoas com deficiências ou incapacidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, 2006).

O Plano tem avaliação anual com base em indicadores, apresentados num relatório realizado por um grupo interdepartamental de acompanhamento, sendo o último de 2009.

Em 2009, a legislação sobre os apoios à contratação de pessoas com deficiência e incapacidades sofre algumas alterações, com a implementação do Decreto-Lei 290/2009 (Decreto-Lei n.º 290/2009).

Algumas das medidas anteriormente descritas no Decreto-Lei 247/89 foram revogadas, tais como o incentivo à instalação por conta própria assim como o subsídio de compensação, o subsídio de acolhimento personalizado e o prémio de integração. A nova lei consagra diversas modalidades de apoio tal como apresentado no artigo 1º (Decreto-Lei n.º 290/2009):

- apoio à qualificação (integrando a formação profissional, inicial e contínua, onde se inclui apoios técnicos e financeiros aos centros de reabilitação profissional de gestão participada, às entidades de reabilitação que desenvolvam acções previstas nesta alínea e aos empregadores que desenvolvam acções de formação destinadas aos seus trabalhadores com deficiências e incapacidades);

- apoio à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho (através de acções de informação, avaliação e orientação para a qualificação e emprego, apoio à colocação, acompanhamento pós-colocação, adaptação de postos de trabalho, eliminação de barreiras arquitectónicas e isenção e redução de contribuições para a Segurança Social);
- emprego apoiado³ (integrando estágios de inserção e contratos emprego-inserção para pessoas com deficiências e incapacidades, centros de emprego protegido e contratos de emprego apoiado em entidades empregadoras);
- prémio de mérito (atribuído às entidades que em cada ano se distingam na integração profissional de pessoas com deficiências e incapacidades bem como a pessoas com deficiências e incapacidades que se distingam na criação do seu próprio emprego. Apresenta duas formas: diploma de mérito para grandes empresas e entidades públicas, diploma de mérito acompanhado de um prémio pecuniário no caso de pequenas e médias empresas e pessoas com deficiências e incapacidades).

Outro organismo que é importante referir é o actual Instituto Nacional para a Reabilitação - INR, que foi sofrendo algumas alterações desde a sua criação em 1973 ainda como Comissão Permanente de Reabilitação (CPR) cuja missão era coordenar as actividades dos Ministérios e serviços interessados na aplicação dos princípios e métodos da reabilitação, bem como dirigir a nível nacional, o planeamento das medidas a executar neste domínio. Actualmente o INR é um Instituto público dotado de autonomia administrativa e património próprio, sob tutela e superintendência do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, que tem por missão assegurar o planeamento, execução

³ Considera-se emprego apoiado o exercício de uma actividade profissional ou socialmente útil com enquadramento adequado e com possibilidade de atribuição de apoios especiais por parte do Estado, que visa permitir às pessoas com deficiências e incapacidades o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que facilitem a sua transição, quando possível, para o regime normal de trabalho. Considera-se ainda emprego apoiado, o desenvolvimento de actividades em contexto laboral, sob a forma de estágios de inserção, que visem aferir as condições para o exercício de uma actividade profissional, desenvolver competências pessoais e profissionais e promover a inserção profissional das pessoas com deficiências e incapacidades (Decreto-Lei n.º 290/2009).

e coordenação das políticas nacionais destinadas a promover os direitos das pessoas com deficiência (INR, 2008). Os principais objectivos são garantir a igualdade de oportunidades e não discriminação das pessoas com deficiência ou incapacidade numa abordagem de direitos humanos; concretizar a política nacional de prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência ou incapacidade; fiscalizar a aplicação da legislação relativa aos direitos das pessoas com deficiência ou incapacidade; dinamizar a cooperação com as associações que defendem os direitos e interesses das pessoas com deficiências ou incapacidade e suas famílias e com todos os membros da sociedade na promoção da participação activa das pessoas com deficiência em todos os domínios da sociedade (INR, 2011).

Portugal dispõe hoje de um conjunto de políticas, programas e planos nacionais, com incidência directa ou indirecta nas pessoas com deficiências e incapacidades.

2.3 – Pessoas com incapacidade no mercado de trabalho

2.3.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA

É universalmente aceite que as pessoas com incapacidade estão desproporcionalmente em desvantagem no mercado de trabalho (Barnes, 1999). No mundo ocidental, pelo menos desde o séc. XVIII o significado do trabalho está organizado em torno de um determinado conjunto de valores, entre eles a busca e maximização do lucro, trabalho assalariado e concorrência entre trabalhadores individuais (Barnes, 1999).

No Reino Unido e em vários países, durante a II Guerra Mundial, milhões de trabalhadores com incapacidades foram chamados ao mercado de trabalho para actuarem a diversos níveis em ajuda aos esforços de guerra. Após a cessação da II Guerra Mundial, foram feitos esforços governamentais para manter a situação, devido à obrigação social para com estes trabalhadores e com os que ficaram com incapacidade decorrente da guerra.

A globalização da economia mundial juntamente com o desenvolvimento tecnológico sem precedentes após 1945, fez com que muitas sociedades ocidentais passassem de uma economia de “produção primária” para uma economia “pós-produção primária”, ou seja a principal forma de actividade económica ficou centrada nos serviços.

Segundo alguns autores, este novo modelo de “produção” abre novas portas aqueles que até aqui, foram excluídos e classificados como incapacitados (Barnes, 1999).

Se no séc. XIX e grande parte do séc. XX para integrar o mercado de trabalho, era fundamental ter um corpo apto, sem incapacidade, o desafio para o séc. XXI é antes ter uma mente apta. Neste contexto, as consequências para as pessoas consideradas como tendo problemas mentais ou dificuldades de aprendizagem (grupo já desproporcionalmente em desvantagem dentro das incapacidades) é desolador (Barnes, 1999).

2.3.2 – O EMPREGO DAS PESSOAS COM INCAPACIDADE

De acordo com um estudo divulgado pelo *U.S Department of Education* (U.S. Department of Education, 2007), há razões convincentes para empregar pessoas com incapacidade: normalmente são pessoas com grande habilidade para resolver problemas, uma vez que têm mais facilidade para encontrar maneiras criativas para executar tarefas que outros tomam como garantidas; pessoas com incapacidade já provaram ser trabalhadores esforçados, dedicados, confiáveis e produtivos; em muitas empresas o trabalhar com pessoas com incapacidade aumenta a moral e produtividade de todos os funcionários.

A activação do mercado de trabalho e a inclusão de pessoas com incapacidade são mais fáceis de abordar em períodos de aumento da procura laboral e baixos índices de desemprego, do que em alturas de recessão (ILO, 2002), como é a actual.

No final da primeira década de 2000, a taxa de emprego das pessoas com incapacidade era cerca de metade da taxa de emprego nas pessoas sem incapacidade, nos países da OCDE (OECD, 2010). Em Portugal, no final da primeira década de 2000 a taxa de emprego nas pessoas com incapacidade rondava os 50%, enquanto que nas pessoas sem incapacidade aproximava-se dos 80% (OECD, 2010).

Segundo o *World Report on Disability* (WHO, 2011), vários factores têm impacto no mercado de trabalho para pessoas com incapacidade: diferenciais de produtividade, imperfeições no mercado de trabalho relacionadas com discriminação e desincentivos criados pelos sistemas de benefícios para a incapacidade. Para lidar com as imperfeições no mercado de trabalho e incentivar o emprego de pessoas com incapacidade, muitos países têm leis que proíbem discriminação com base na incapacidade. Muitos países têm também medidas específicas, por exemplo, sistema de quotas de modo a aumentar as oportunidades de emprego para pessoas com incapacidade.

A reabilitação profissional ou serviços como capacitação profissional, aconselhamento, assistência na procura de emprego, pode desenvolver ou restaurar as competências das pessoas com incapacidade e facilitar a sua inclusão no mercado de trabalho. No cerne de tudo isto está a mudança de atitudes no local de trabalho.

A participação das pessoas com incapacidade no mercado de trabalho é importante por diversas razões: maximização de recursos humanos, promoção da dignidade humana e coesão social, adaptar o número crescente de pessoas com incapacidade em idade activa.

Como refere o relatório da OMS (WHO, 2011) a taxa de emprego nas pessoas com incapacidade é tendencialmente menor que nas pessoas sem incapacidade. Stapleton *et al* (1997) numa análise ao emprego e cobertura de planos de saúde de pessoas com incapacidade nos Estados Unidos da América, refere que os custos de trabalho de pessoas com incapacidade podem ser superiores (por exemplo, esforço maior para chegar ao local de trabalho, dificuldades na realização de tarefas) e assim, em países com

subsídios para incapacidade mais generosos, o emprego pode levar a uma perda de benefícios e cobertura dos planos de saúde maior que o salário recebido. Esta situação leva a que o salário “mínimo” que pessoas com incapacidade estejam dispostas a aceitar seja maior do que nas pessoas sem incapacidade. No lado da procura, uma condição de saúde pode tornar uma pessoa menos produtiva, especialmente se o ambiente de trabalho não estiver adaptado às necessidades da pessoa. Assim pode levar a que tendencialmente se ofereçam salários mais baixos. O efeito que uma incapacidade pode ter na produtividade é difícil de calcular, pois depende, por exemplo, da natureza da incapacidade, do ambiente de trabalho, das tarefas exigidas no trabalho.

Num estudo realizado em vários países da União Europeia (Greve, 2009), encontram-se padrões gerais relativos à incapacidade e mercado de trabalho: no geral, há forte correlação entre incapacidade, desemprego e educação sendo a situação é pior nas mulheres com incapacidade, do que nos homens com incapacidade; pessoas com incapacidade do foro intelectual ou de saúde mental enfrentam grandes dificuldades de entrar e/ou permanecer no mercado de trabalho. Um em cada 6 cidadãos da União Europeia refere ter um problema de saúde ou incapacidade de longa duração, mas também 1/3 não refere qualquer restrição na sua capacidade de trabalho.

As dimensões mais comumente analisadas em estudos que relacionam incapacidade e mercado de trabalho são educação, emprego e rendimento.

EDUCAÇÃO

O grau de escolaridade é uma dimensão muito importante no mercado de trabalho e na vida profissional. Continuam a observar-se diferenças entre as pessoas com e sem incapacidade. As pessoas com incapacidade estão, geralmente, sub-representadas não só ao nível do ensino superior mas também ao nível da escolaridade obrigatória (Casanova, 2008).

Entre os países da OCDE, Portugal é o que apresenta a maior percentagem de pessoas com ou sem incapacidade, em idade activa, com nível de ensino inferior ao secundário no final da década de 2000 (OECD, 2010).

A participação no mercado de trabalho parece depender do nível de educação, da ocupação realizada, estado civil (homens casados e mulheres solteiras têm maior taxa de emprego), mobilidade de e para o trabalho. Para aqueles com escolaridade básica apenas cerca de 20% tinham emprego, enquanto que nas pessoas sem incapacidade a empregabilidade rondava os 62%. Em níveis superiores de educação a empregabilidade de pessoas com incapacidade era de 48%, e 85% nas pessoas sem incapacidade (Greve, 2009).

Nos países da OCDE também se observou em 2007 que a percentagem de pessoas com incapacidade que como habilitações máximas o ensino secundário, é o dobro do que nas pessoas sem incapacidade, e a diferença educacional é ainda maior entre as camadas mais jovens (OECD, 2010).

EMPREGO

Um inquérito da OMS, *World Health Survey*, indica que em 51 países a taxa de emprego nos homens com incapacidade é de 52,8% e de 19,6% para mulheres com incapacidade, contrastando com os 64,9% para homens sem incapacidade e 29,9% para mulheres sem incapacidade (WHO, 2011).

O relatório refere que quando as pessoas com incapacidade estão a trabalhar, em geral, são mais mal pagas que as pessoas sem incapacidade.

O relatório de OCDE *Sickness, Disability and Work* (OECD, 2010) refere que no final da primeira década de 2000 a média de taxa de emprego nos países da OCDE era de cerca de 40% nas pessoas com incapacidade e 75% nas pessoas sem incapacidade. As taxas de emprego de pessoas com incapacidade eram mais altas nos países Nórdicos, México e Suíça, sendo as mais baixas na Hungria, Irlanda e Polónia.

RENDIMENTO

Na maioria dos países da OCDE o rendimento de pessoas com incapacidade é cerca de 15% mais baixo que a população geral, chegando a atingir 20 a 30% de diferença em alguns países. Nos países nórdicos é onde a diferença é menor, sendo maior nos países anglo-saxónico (OECD, 2010). O rendimento das pessoas com incapacidade é maior, no entanto, quando têm níveis de

escolaridade maior ou estão empregadas. Pessoas com incapacidade que têm emprego têm rendimento próximo da média da população geral. Em muitos países, nível de educação superior está associado a rendimento em pessoas com incapacidade, cerca de 10 a 20% acima da média geral. Ao longo da última década a situação financeira das pessoas com incapacidade tem-se deteriorando. Em média, o rendimento relativo de pessoas com incapacidade caiu de 88% em meados da década de 90 para 85% em meados da década de 2000 (OECD, 2010).

2.3.3 – ALGUNS ESTUDOS

Como escreveu Chirikos (1993), *“Few relationships seem more self-evident than the impact of poor health on labor market behavior”* (poucas relações são mais evidentes do que o impacto da saúde sobre o comportamento dos indivíduos no mercado de trabalho) e, consistentemente, diversos estudos apontam que a incapacidade tem um efeito negativo no mercado de trabalho, mais ao nível do emprego do que ao nível do rendimento.

A saúde tem diferente impacto nos indivíduos em idade activa, dependendo da idade da pessoa e do início da doença. Pessoas que estão numa fase inicial de vida profissional terão de fazer ajustes diferentes a alterações no estado de saúde, do que as pessoas que estão próximas da idade de reforma. *Stock* de saúde e a capacidade de lidar com problemas de saúde também podem variar com a idade em que a doença ou alteração do estado de saúde aparece. As expectativas de saúde e complicações de saúde no local de trabalho podem variar de acordo com a idade do trabalhador, logo as consequências na saúde podem variar assim como o estado de saúde em relação aos seus pares ou pessoas da mesma idade varia (Pelkowski; Berger, 2004).

Uma má saúde pode estar relacionada com salários mais baixos. A saúde pode afectar os salários de várias maneiras: saúde precária pode diminuir a produtividade resultando em salários mais baixos; os custos para o empregador de acomodar um trabalhador com saúde precária pode resultar em

salários mais baixos e, os problemas de saúde podem ser sujeitos a discriminação (Currie; Madrian, 1999)

As pessoas com incapacidade que são economicamente activas são normalmente marginalizadas no mercado de trabalho: vulneráveis ao desemprego, com salários baixos, na base da pirâmide laboral. A não participação das pessoas com incapacidade no mercado de trabalho é um índice de marginalização social e o emprego / trabalho tem papel chave nas relações sociais (Jenkins, 1991).

Malo (2003) analisou a relação das pessoas com incapacidade e o mercado de trabalho em Espanha para o ano de 1999, através do questionário *EDDES-1999: Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud*. Neste estudo entende-se incapacidade por qualquer limitação grave que afecta ou se espere que afecte por mais de um ano a actividade do individuo e tem sua origem numa deficiência. Considera-se que a pessoa tem uma incapacidade ainda que a tenha superado com uso de ajuda técnica. Neste contexto, percentagem de pessoas com incapacidade em idade de trabalho (16-64 anos) era de 5,06%. A percentagem de pessoas com incapacidade vai aumentando com a idade, e acentua-se mais bruscamente a partir dos 60 anos. Nas idades acima dos 50 ou 55 anos encontra-se metade do total de pessoas com incapacidade em idade activa. Em relação ao sexo, a incapacidade atinge quase igualmente homens e mulheres. Níveis mais baixos de educação predominam nas pessoas com incapacidade, e apenas 3% têm nível superior (universitário). A participação das pessoas com incapacidade no mercado de trabalho pode ser vista de uma maneira estática se se entender que algumas limitações físicas ou mentais são barreiras absolutas para ocupar qualquer posto de trabalho, e assim as políticas de emprego não deveriam ter como objectivo a igualdade de taxa de emprego entre pessoas com e sem incapacidade, uma vez que nas pessoas sem incapacidade seria sempre menor devido à existência dessas barreiras. Adoptando uma perspectiva dinâmica, podem-se aplicar os avanços tecnológicos para adaptar as características dos postos de trabalho às pessoas com incapacidade. Do ponto de vista dinâmico os obstáculos ao acesso a muitas posições podem ser

alterados. Na verdade, a participação das pessoas com incapacidade deve ser entendida num contexto mais amplo, pois depende da tecnologia e seus custos para além das habituais variáveis consideradas para a população geral (salários, horários de trabalho, condições de trabalho, benefícios, etc.). Assim, nos dados recolhidos para o ano de 1999 a taxa de emprego entre as pessoas com incapacidade é menor que na população geral (cerca de 32% contra 50%). A taxa de desemprego nas pessoas com incapacidade é de 25,8% e na população geral é de 15,9%.

Pelkowski e Berger (2004) usaram o *Health and Retirement Survey*, um questionário aplicado a homens e mulheres não institucionalizados residentes nos Estados Unidos, nascidos entre 1931 e 1941. Este questionário fornece informação retrospectiva e actual acerca de saúde, bem como informação detalhada acerca da experiência laboral. De modo a que não haja tendência a subvalorizar as questões de saúde enquanto motivo para não trabalharem, as questões de saúde são aplicadas antes das questões de emprego e reforma. O objectivo dos autores era calcular o efeito da doença temporária ou permanente na participação no mercado de trabalho. Alterações permanentes no estado de saúde, independentemente da idade de começo, têm impacto negativo nos salários de homens e mulheres, sendo nestas, de maneira mais acentuada. Homens cuja alteração permanente no estado de saúde surge entre os 40-49 anos são o grupo mais afectado. Neste grupo há uma redução de cerca de 12,1% em relação ao grupo de controlo saudável. Nas mulheres, este pico de redução salarial ocorre mais cedo, quando a alteração permanente surge entre os 30-39 anos. Quanto ao número de horas trabalhadas, há uma redução em ambos os sexos, mas é maior nos homens. O emprego é um factor importante na obtenção de independência económica, constituição de família e proporciona muitas actividades de participação social.

Meager e Hill (2005) numa análise aos dados do *UK Labor Force* referente à primavera desse ano constataram que cerca de 19% das pessoas em idade activa (homens dos 16-64 anos e mulheres dos 16-59 anos) reportavam incapacidade, sendo ligeiramente mais alta nos homens que nas mulheres e aumentando à medida que aumenta a idade. Entre as pessoas com

incapacidade, cerca de 26% não tinham qualificações, contrastando com apenas 11% das pessoas sem incapacidade. Noutro extremo, cerca de 11% das pessoas com incapacidade têm nível superior de educação, enquanto nas pessoas sem incapacidade esse valor é de 19%. A taxa de emprego entre as pessoas com incapacidade relacionada com problemas de aprendizagem ou problemas mentais é muito reduzida (cerca de 20%). Na relação com o mercado de trabalho, as autoras referem que apenas 49,3% das pessoas com incapacidade (em idade activa) têm emprego, contrastando com cerca de 80% das pessoas sem incapacidade e cerca de 46% são economicamente inactivas. Quando questionadas sobre se gostariam de ter um emprego, nas pessoas economicamente inactivas com incapacidade, a percentagem de respostas “sim” é superior à encontrada nas pessoas economicamente inactivas sem incapacidade. A taxa de trabalhadores por conta própria (*self-employment*) é ligeiramente mais alta nas pessoas com incapacidade, assim como a percentagem de pessoas a trabalhar em *part-time*. O trabalho em *part-time* parece ser uma forma mais fácil de as pessoas com incapacidade se adaptarem ao ambiente de trabalho, uma vez que 70% das pessoas neste regime laboral não querem um emprego a tempo inteiro e apenas 8% (uma taxa inferior à das pessoas sem incapacidade em *part-time*) refere que não conseguiu encontrar emprego a tempo inteiro. Em relação aos sectores de actividade há pouca diferença entre as pessoas com e sem incapacidade, havendo em ambos maior representação ao nível do sector público (serviços públicos, saúde e educação).

Cai (2007) analisou dados do *Household, Income and Labour Dynamics in Australia* relativamente à relação entre as condições de saúde e a participação no mercado de trabalho. Este questionário fornece informações acerca da história e actividade laboral do indivíduo e informações acerca de saúde. A amostra estudada é composta por homens e mulheres australianos, em idade activa, homens entre os 26-64 anos e mulheres entre os 26-60 anos. Tanto para homens como para mulheres a autora encontra um efeito positivo e significativo da saúde na participação no mercado de trabalho, isto é, quanto melhor a condição de saúde maior a probabilidade de participação no mercado de trabalho.

Jones e Latreille (2009) analisaram dados relativos ao mercado de trabalho para o País de Gales através do 1998 *Welsh Health Survey*, um questionário transversal, com questões de auto-avaliação de estados de saúde, aplicado a 29.874 adultos maiores de 18 anos. A amostra da população em idade activa são 20.721 pessoas. Em relação à taxa de emprego, nas pessoas com incapacidade esta é menor que nas pessoas sem incapacidade (41,71% para 78,46%). O trabalho por conta própria é maior nas pessoas com incapacidade (17,64% para 12,5% nas pessoas sem incapacidade). O regime *part-time* também é mais prevalente nas pessoas com incapacidade (20,02% para 18,23%).

Em 2009 são publicados dados relativamente à realidade de British Columbia (Canadá) relativamente à incapacidade e mercado de trabalho (Darling , 2009). Os dados analisados reportam ao ano de 2006 e foram recolhidos através do questionário *Participation and Activity Limitation Survey*, na população entre 15-64 anos. A incapacidade tem uma prevalência de 12,8%. A percentagem de pessoas que consideram ter alguma incapacidade aumenta com a idade, variando de 6,3% no grupo etário 16-29 anos para 21,5% na faixa etária dos 55-64 anos. Em relação ao género, a incapacidade atinge mais as mulheres do que os homens. No que respeita à educação não foram encontradas grandes diferenças entre as pessoas com e sem incapacidade. Os autores sugerem que estas semelhanças têm origem no facto de na maior parte dos casos a incapacidade surgir numa idade mais tardia, após a idade escolar. Já ao nível da participação no mercado de trabalho a situação é diferente, sendo notória a desvantagem das pessoas com incapacidade. Em 2006 56,4% das pessoas com incapacidade estavam empregadas (nas pessoas sem incapacidade a taxa é de 73,4%), 5,1% estavam desempregadas (4,2% nas pessoas sem incapacidade) e 38,5% não participam no mercado de trabalho (21,5% nas pessoas sem incapacidade). O tipo de incapacidade também parece influenciar a participação no mercado de trabalho. A incapacidade decorrente de problemas mentais é a que mais limita a participação. A incapacidade decorrente de problemas auditivos é que tem maiores taxas de participação entre as várias incapacidades. As pessoas com incapacidade têm rendimentos

substancialmente inferiores aos das pessoas sem incapacidade. Esta diferença é ainda mais evidente também com o avançar da idade.

Baldwin e Choe (2010) analisaram os questionários *2004 Survey of Income and Participation* e o *O*NET*, relativamente à eventual discriminação salarial nas pessoas com incapacidade. Ambos os questionários foram realizados nos Estados Unidos, o primeiro fornece dados acerca de características demográficas, emprego, salários, experiência laboral, mas também de condições de saúde, incapacidade, limitações; o segundo questionário fornece informações acerca das exigências laborais tal como, conhecimentos, aptidões, capacidades. A amostra do estudo era composta por homens e mulheres dos 18 aos 65 anos, com e sem incapacidade, num total de 30276 indivíduos. Seguindo a evidência de outros estudos, a percentagem de pessoas empregadas é mais alta nas pessoas sem incapacidade. A média do salário por hora nos homens com incapacidade é cerca de 80% da média nos homens sem incapacidade, enquanto que nas mulheres com incapacidade é cerca de 92% do salário médio das mulheres sem incapacidade. Esta diferença é explicada em parte, pelo baixo nível de escolaridade e por maiores limitações funcionais.

Jones (2011) analisou a heterogeneidade nas pessoas com incapacidade e o seu impacto no mercado de trabalho através da informação de um módulo *ad hoc* sobre incapacidade adicionado ao *2002 UK Labour Force Survey*. Relativamente ao emprego, a incapacidade tem um efeito negativo na probabilidade de ter emprego. Este efeito negativo mantém-se mesmo controlando para a causa, duração e tipo de incapacidade. Múltiplos problemas de saúde afectam negativamente o emprego. Um problema adicional de saúde, reduz cerca de 4,7% nos homens e 3,4% nas mulheres a probabilidade de emprego. O tipo de problema de saúde também é importante, e verifica-se que pessoas com problemas mentais têm a probabilidade de ter emprego reduzida em 22% relativamente a outros problemas de saúde. Este dado havia já sido referido por Meager e Hill (2005). Outra questão interessante tem a ver com o facto de a causa da incapacidade ter impacto significativo no emprego, especialmente nos homens. Controlando para o tipo, severidade e duração da

incapacidade, os homens cuja causa é congénita tem 5% mais probabilidade de ter emprego. Já nas mulheres, incapacidades causadas por acidente de trabalho ou doença progressiva são mais favoráveis em relação ao emprego. Em relação ao rendimento, a heterogeneidade não tem tanta influência como no emprego. Controlando para o tipo de trabalho, a autora refere que a medida de severidade da incapacidade não tem grande influência no rendimento dos homens, já nas mulheres restrições na quantidade de trabalho e mobilidade estão negativamente associadas ao rendimento.

Uma das opções mais frequentes de regime de trabalho entre as pessoas com incapacidade é o trabalho por conta própria. Jones e Latreille (2011) evidenciam isso mesmo através da análise do 2003 *UK Labour Force Survey*. Nos homens e mulheres que trabalham por conta própria é muito mais provável que trabalhem a partir de casa do que os que trabalham por conta de outrem. As dificuldades que as pessoas com incapacidade possam enfrentar para chegar ao trabalho pode ser um incentivo ao trabalho por conta própria. Este facto parece ser mais evidente para as pessoas que referem ter incapacidade para o trabalho, do que nas restantes pessoas com incapacidade. O facto de trabalhar por conta própria pode ser facilitador na flexibilização de horários e na adaptação da incapacidade ao trabalho. Por outro lado, as pessoas com incapacidade que referem não ter limitações no trabalho (após controlar para as características) são menos susceptíveis de trabalharem por conta própria do que as pessoas sem incapacidade, o que de acordo com os autores pode sugerir discriminação do lado do consumidor.

Após uma alteração no estado de saúde, a pessoa pode seguir vários caminhos: trabalho; reforma antecipada; regime de incapacidade; desemprego. Isto implica que não são apenas as políticas de incapacidade, mas também o conjunto de incentivos oferecidos pelo sistema mais amplo de segurança social que determinam as consequências do trabalho de uma alteração de saúde (García-Gómez, 2011).

Dos estudos analisados, torna-se assim evidente, que a incapacidade tem um efeito negativo não só ao nível da participação no mercado de trabalho, mas também ao nível educacional e rendimento. As pessoas com incapacidade têm

tendencialmente níveis académicos inferiores aos da população geral, as taxas de emprego são geralmente mais baixas nesta população e o rendimento é também inferior.

Capítulo III - Incapacidade auditiva

3.1- Definição e classificação

O ouvido humano é o órgão responsável pela audição. A deficiência auditiva, também denominada hipoacusia ou surdez corresponde à perda parcial ou total da audição. A hipoacusia pode-se classificar com base em diferentes critérios, como a intensidade da perda auditiva, a localização da lesão responsável pela perda de audição, o momento de aparecimento tanto do ponto de vista cronológico como de período de aquisição da linguagem (Rodriguez; Panadero, 2002).

Quanto ao grau, o BIAP (Bureau International d'Audiophonologie) classifica a hipoacusia em ligeira, moderada, severa, profunda, total/cofose. O grau de hipoacusia é obtido através da média aritmética do limiar audiométrico a 500, 1000, 2000 e 4000Hz (BIAP, 1996).

Quadro 2: Classificação da hipoacusia quanto ao grau (Adaptado de BIAP (1996))

Grau de hipoacusia	Perda auditiva média (dB HL)	Características
Ligeira	21-40	Fala com voz normal é percebida, mas a fala com voz baixa é percebida com dificuldade; a maioria dos ruídos familiares é percebida.
Moderada	41-60	A fala é percebida com a voz mais alta. A pessoa compreende melhor se estiver de frente para o emissor. Alguns ruídos familiares são percebidos.
Severa	61-90	Percebe a fala se for com voz alta e próxima do ouvido. Apenas ruídos fortes são entendidos.
Profunda	91-119	A fala não é percebida. Apenas ruídos muito altos são entendidos.
Cofose	120	Nenhum som é identificado.

A surdez é uma condição audiológica que se refere à perda de 70dB ou mais, no melhor ouvido, classificada como perda auditiva severa a profunda (Tye-Murray, 2009). No entanto, este termo é também frequentemente utilizado relativamente a pessoas com algum tipo de perda de audição, independentemente do seu grau ou tipo.

Em relação à localização da lesão que origina a perda de audição, esta pode ser de transmissão se a lesão ocorre no ouvido externo e/ou médio, afectando a parte mecânica do ouvido; pode ser sensorineural se a lesão ocorre no ouvido interno ou centros superiores auditivos; mistas, se há associação de perda auditiva de condução e sensorineural (Rodriguez; Panadero, 2002).

Relativamente ao momento de aparecimento da hipoacúsia atendendo à aquisição da linguagem, estas podem ser pré-linguais se surgem antes da aquisição da linguagem (0-2 anos); peri-linguais, durante a fase de aquisição da linguagem (2-4 anos) ou pós-linguais, se aparecem após as competências linguísticas estarem consolidadas (cerca dos 5 anos ou mais) (Rodriguez; Panadero, 2002), (Tye-Murray, 2009).

A hipoacúsia pode ainda ser classificada em relação ao momento de aparecimento cronológico. Congénita, se surge antes ou no processo de nascimento; adquirida, se surge após nascimento quer na infância ou idade adulta (Tye-Murray, 2009).

3.2 – Etiologia

Há várias causas e factores que podem levar ao aparecimento de hipoacúsia. Normalmente categoriza-se a etiologia da hipoacúsia em causas genéticas ou adquiridas no período pré, peri ou pós-natal. No entanto, há ainda uma percentagem relativamente alta de casos que têm causa desconhecida (Davis; Davis, 2010).

CAUSAS GENÉTICAS

Alguns estudos apontam que cerca de metade dos casos de hipoacúsia pré-natal sejam de origem genética (Davis; Davis, 2010), (Rodriguez; Panadero,

2002). As perdas de audição genéticas podem apresentar-se isoladas em 75% dos casos, ou associadas a alterações de outros órgãos, formando um quadro sindrómico em 25% dos casos (Rodriguez; Panadero, 2002).

Apesar dos avanços no conhecimento das bases moleculares da perda de audição, continua a ser difícil precisar a causa genética de um indivíduo. A hipoacúsia pode resultar de uma mutação de cerca de 300 a 500 genes, dos quais apenas 120 foram identificados até agora. A maioria destes genes está localizada nos cromossomas autossómicos, cerca de 20% no cromossoma x, e cerca de 20% no dna mitocondrial herdado da mãe (Davis; Davis, 2010).

INFECÇÕES PRÉ-NATAIS

O ouvido é um órgão muito sensível a infecções durante o desenvolvimento embrionário. Em especial no primeiro trimestre de gravidez as infecções bacterianas ou virais (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmose, etc.) podem provocar hipoacúsia (Rodriguez; Panadero, 2002).

Durante as décadas de 70 e 80, a rubéola congénita era a causa mais frequente de hipoacúsia sensorioneural nas crianças. Nos últimos 20 anos a rubéola congénita diminuiu drasticamente a sua incidência devido à vacinação. A hipoacúsia é a manifestação mais frequente e pode ser sensorioneural, severa a profunda, bilateral (Rodriguez; Panadero, 2002). A OMS estima que existam cerca de 110000 casos de rubéola congénita por ano (WHO, 2012).

A infecção por citomegalovirus é assintomática nos adultos e transmite-se de mãe para filho por via transplacentária. Ocorre em cerca de 2,2% dos bebés nascidos, sendo a infecção intra-uterina mais comum. A incidência de hipoacusia por esta causa tem vindo a descender nos últimos anos. A hipoacúsia pode ser neurosensorial, severa a profunda, bilateral e ter início tardio. As manifestações clínicas associadas mais frequentemente são atraso mental, alterações hepáticas, microcefalia, calcificações intracranianas, hidrocefalia (Davis; Davis, 2010) (Rodriguez; Panadero, 2002).

Toxoplasmose congénita é outra infecção que pode causar malformações no feto. A hipoacúsia pode ser severa a profunda e bilateral (Davis; Davis, 2010) (Rodriguez; Panadero, 2002).

EXPOSIÇÃO MATERNA A DROGAS OU OTOTÓXICOS

Drogas como álcool, fármacos com capacidade tóxica podem chegar ao feto por via transplacentária e afectar o desenvolvimento do sistema auditivo (Rodriguez; Panadero, 2002).

FACTORES PERINATAIS

Os principais factores etiológicos perinatais são a prematuridade, baixo peso, hipoxia, hiperbilirrubinémia (Davis; Davis, 2011) (Rodriguez; Panadero, 2002).

CAUSAS PÓS-NATAIS

Neste grupo incluem-se todas as causas que originem hipoacúsia adquirida e que surge após o período neonatal (primeiros 28 dias de vida). De entre as causas mais frequentes estão a otite média crónica, infecções (meningite, parotidite, sarampo, etc), ototóxicos (antibióticos aminoglicosídeos), ruído (Davis; Davis, 2010), (Rodriguez; Panadero, 2002).

3.3 -Prevalência

O apuramento de pessoas com deficiência auditiva, dificuldade em ouvir ou surdez, à semelhança dos dados sobre incapacidade, não são fáceis de obter com fiabilidade, não só porque maioritariamente são dados subjectivos, mas também porque o “não ouvir” abrange múltiplas experiências e múltiplos graus de perda de audição, que subjectivamente não é possível determinar.

Segundo a OMS (WHO, 2012a), em 2004 cerca de 275 milhões de pessoas em todo o mundo tinham perda de audição moderada a profunda.

A perda auditiva é a condição incapacitante crónica mais prevalente nos EUA. As estimativas apontam para que 1 em cada 10 americanos (cerca de 30 milhões) têm alguma incapacidade auditiva. Destes, cerca de 18 milhões estão em idade activa (16-64 anos) (Watson, et al., 2008). No *US Census* de 2005, 8,8 milhões de pessoas tinham dificuldade em ouvir ou não conseguiam ouvir (Brault, 2008).

Segundo os dados do *SIPP - Survey of Income and Program Participation* de 2001 (Mitchel, 2006), cerca de 4% da população nos EUA refere dificuldades de audição ou surdez e 0,38% da população é funcionalmente surda.

Em Portugal, os Censos de 2001 apuraram cerca de 83000 pessoas com referência a deficiência auditiva (13,2% de 636.059 pessoas com deficiência; 0,8% da população residente) (Gonçalves, 2003).

Segundo a Associação Portuguesa de Surdos existem em Portugal cerca de 120.000 pessoas com algum grau de perda auditiva e cerca de 30.000 surdos que usam como língua a Língua Gestual Portuguesa (na maioria surdos severos e profundos) (APS, 2012).

A *European Union of Deaf* apresenta números diferentes. De acordo com esta entidade existem em Portugal cerca de 11.500 pessoas Surdas que usam Língua Gestual Portuguesa (European Union of Deaf, 2012).

3.4 – Impacto da perda auditiva no desenvolvimento

A perda auditiva pode ter impacto social e económico negativo sobre as pessoas, famílias comunidades e países (WHO, 2012a).

À luz do conceito de incapacidade da OMS, que define como um termo “chapéu”, a surdez ou deficiência auditiva representa uma incapacidade que causa limitações de actividade e participação na sociedade.

A deficiência auditiva pode ocorrer em diversos momentos da vida, mas importa referir a perda auditiva que surge antes da aquisição da linguagem (pré-lingual) e após aquisição da linguagem (pós-lingual). A linguagem é uma

característica fundamental nos humanos e as suas competências básicas desenvolvem-se nos três primeiros anos de vida. A aprendizagem da linguagem é um evento principalmente auditivo, assim uma perda de audição sobretudo na sua fase de aquisição pode ter uma grande impacto e atrasar todo o seu desenvolvimento (Weber; Diefendorf, 1999). Atraso no desenvolvimento de competências de comunicação receptiva e expressiva (fala e linguagem) (ASHA, 2012) levam a défices de linguagem que podem prejudicar o desempenho escolar; dificuldade na comunicação que pode levar a baixa auto-estima e isolamento; pode ter impacto nas escolhas profissionais (WHO, 2012a). Laurenzi e Monteiro (1997) referem que adultos com surdez congénita podem ter comprometimento no desenvolvimento profissional, e dificultar a obtenção ou manutenção dos empregos (WHO, 2012a).

A perda de audição que surge no período pós-lingual, consoante a idade em que surge pode provocar, atraso ou regressão na linguagem (no caso de crianças) com as consequências que daí advêm (mencionadas acima), dificuldades de comunicação que podem levar a isolamento, depressão, diminuição da participação em actividades de lazer ou sociais.

No geral, a surdez tem implicações ao nível do desempenho escolar pois a perda de audição pode provocar dificuldades em várias áreas, sobretudo leitura e conceitos matemáticos (Yoshinaga-Itano, et al., 1998). Crianças com perda de audição moderada a severa têm no geral nível de escolaridade mais baixo do que as crianças com audição normal, tornando-se este gap mais evidente nos níveis mais altos de escolaridade (ASHA, 2012).

Wattier-Launey e Ployet (2001) citado por Delage e Tuller (2007), num dos seus estudos evidenciam que surdez só num ouvido pode estar relacionada com mau desempenho escolar. Assim, espera-se que este resultado, em pessoas com perda de audição nos dois ouvidos independentemente do grau, também aconteça.

Yoshinaga-Itano, et al. (1998), citando alguns estudos, referem que jovens surdos terminam o ensino secundário com as competências de leitura ao nível do 4º ano. Esta limitação terá impacto no desempenho académico em geral.

Weber e Diefendorf (1999) referem ainda o peso económico que a surdez pode ter. Estima-se que o custo de uma vida com surdez congénita pode exceder um milhão de dólares. Outros gastos, menos tangíveis dos indivíduos afectos e suas famílias, provêm de stress emocional, quebras na comunicação da família e isolamento dos colegas e sistemas educacionais.

PESSOA SURDA – ASPECTOS LINGÜÍSTICOS, CULTURAIS E DE IDENTIDADE

A surdez pode ser vista como uma forma única de incapacidade devido ao seu *status* enquanto minoria com linguagem, cultura e organização social distinta.

É importante distinguir primeiramente que o termo “surdo” (*deaf*) com **s** minúsculo se refere à condição audiológica, condição física, enquanto que o termo Surdo (Deaf) com **S** maiúsculo se refere identidade cultural e social.

Pessoas com perdas de audição mais severas ou com mais familiares com surdez têm mais tendência a identificarem-se com a comunidade e cultura Surda, enquanto que as pessoas que adquirem hipoacusia numa fase mais tardia da vida têm tendência a considerarem-se surdos, ou portadores de deficiência auditiva mas não Surdos.

O novo “modelo sociocultural de surdez” vê esta como uma parte da variação humana, abraça a Língua Gestual, narração de histórias, saudações, jogos... que são exclusivos para a cultura Surda. Esta corrente vai contra o “modelo médico da surdez” que vê a hipoacusia como uma deficiência que necessita de procedimentos médicos para a tratar, como os implantes cocleares e outras tecnologias.

As pessoas Surdas defendem que a sociedade não se deve preocupar com a cura ou tratamento da surdez mas antes aceitar o Surdo como uma minoria cultura e respeitar o seu direito de viver como Surdo (Senghas; Monaghan, 2002).

3.5 - Incapacidade auditiva em Portugal

Pessoas com perda de audição representam um grupo muito diverso.

A literatura é muito parca relativamente à situação das pessoas com hipoacúsia em Portugal.

Praticamente não existe evidência acerca da comunidade Surda ou de pessoas com hipoacúsia, dos serviços disponibilizados, das necessidades destas pessoas ou população. É reconhecido que a comunidade Surda tem necessidades que abrangem questões de incapacidade, linguagem e cultura, saúde e inclusão social. Em cada uma destas áreas, as necessidades destas pessoas com perda de audição acabam por se desvanecer perante as necessidades de outros grupos populacionais, maiores e com maiores necessidades. É raro encontrar as necessidades da comunidade Surda devidamente articuladas em qualquer estratégia destinada a estas áreas referidas (Corrigan, 2011).

De acordo com os resultados do Inquérito às Deficiências, Incapacidade e Desvantagens, do Secretariado Nacional para a Reabilitação (INR, 1995), realizado em 1995, do total de pessoas com incapacidade, cerca de 70% refere incapacidade para ouvir. Esta incapacidade também afecta mais as pessoas mais velhas. A taxa de pessoas casadas é de 56,%. 39,42% das pessoas não têm qualquer nível de instrução e apenas 2,3% referem ter ensino secundário, sendo a percentagem de pessoas com instrução de nível universitário / politécnico ainda mais baixo. Em relação à actividade económica, 37,44% estava no sector terciário, enquanto 29,30% no sector primário.

De acordo com os resultados do Censos 2001, há cerca de 13,2% de pessoas com deficiência auditiva em Portugal, revelando uma tendência de aumento com o aumento da idade (Gonçalves, 2003). Em relação ao estado civil, a maioria é casada. A viuvez também tem alguma frequência, podendo associar-se ao maior envelhecimento populacional neste grupo. Em relação à incapacidade atribuída, a esmagadora maioria não tem qualquer grau de incapacidade (Gonçalves, 2003). Este facto deve-se muito provavelmente ao

facto de esta deficiência estar mais concentrada na população mais idosa e decorrer do processo normal de envelhecimento.

Almeida e Falcão (2007) analisaram a prevalência da incapacidade auditiva auto-declarada numa amostra representativa da população portuguesa, a partir do 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005-2006, composta por 9110 indivíduos. A prevalência bruta de pessoas com incapacidade auditiva “moderada” ou “grave” é de 8,4%, atingindo mais o sexo masculino (no estudo, considera-se incapacidade “moderada” se o indivíduo refere que consegue ouvir apenas com o volume alto, incapacidade “grave” se o indivíduo refere que não consegue ouvir mesmo com o volume alto). Inferindo para a população geral, os autores referem que cerca de 74.5000 pessoas têm incapacidade auditiva, das quais 147.000 têm menos de 65 anos. A região do Alentejo apresenta a prevalência bruta mais elevada (eventualmente devido ao envelhecimento da população), mas após padronização pela idade é no Norte que a incapacidade auditiva tem maior prevalência (11,6%). A Região Autónoma da Madeira tem as menores prevalências, quer bruta, quer ajustada pela idade. Relativamente ao grau de escolarização, encontrou-se relação deste com a incapacidade auditiva. A prevalência da incapacidade auditiva é menor nos grupos de grau de escolaridade mais elevado.

3.6 - Incapacidade auditiva / surdez e mercado de trabalho

Como já se referiu no início desta revisão, “pessoas com incapacidade não são um grupo homogéneo”. Esta ideia é ainda mais verdadeira quando nos referimos a pessoas com incapacidade auditiva. Desde logo porque, como já vimos, há vários tipos e graus de perda de audição que podem ter impactos diferentes na vida das pessoas.

À semelhança do verificado na incapacidade, em geral, também na incapacidade auditiva há diferenças em relação à educação, mercado de trabalho e rendimento quando comparado com a população geral.

É evidente que as pessoas que nascem com surdez ou a adquirem na primeira infância, adultos que ficam surdos, ou os que adquirem perdas parciais de audição, enfrentam barreiras no mercado de trabalho relacionadas com diferentes requisitos de comunicação e com o ponto em que a perda auditiva ocorre no decurso da vida. Alguns estudos têm-se centrado nas experiências de emprego de determinados grupos, nomeadamente o de pessoas jovens e pessoas com incapacidade auditiva.

No entanto, inquéritos de larga escala como os “*Labour Force Survey*” (de onde se retiram muitos dos dados objecto de estudo nesta área) podem mascarar as diferenças nas exigências de comunicação ao usarem termos genéricos como “dificuldade na audição” (Harris; Thornton, 2005).

Já Mitchell (2006) refere que no processo de identificação e numeração de pessoas com surdez (ou qualquer outro grupo particular de uma população) encontra pelo menos quatro restrições: o contexto da pesquisa, os indicadores usados para definir os membros do grupo, os métodos utilizados para recolher os dados, os recursos disponíveis para executar o projecto.

Apesar destes condicionantes, encontram-se alguns estudos que relacionam diferentes dimensões, entre elas a surdez, escolaridade e mercado de trabalho (ao nível da participação e rendimento).

Um dos estudos nesta temática de implicação da surdez no mercado de trabalho foi o realizado por *The University of Arkansas Rehabilitation Research and Training Centre* foi *Persons who are Deaf or Hard of Hearing*. Ao longo de quinze anos foram analisados, através de questionário longitudinal, os diplomados surdos ou com perda de audição de escolas de ensino graduado de dois ou quatro anos (*Colleges e Technical Institutes*) (Schroedel; Geyer, 2000). A amostra que compõe o estudo tinha frequentado as escolas nos anos de 1983, 1984 e 1985 (47 escolas de 23 estados). O questionário foi realizado nos anos de 1989, 1994 e 1999. A amostra de 1999 (dos autores referidos) era composta por 240 indivíduos, dos quais 85% pertenciam à população activa enquanto que nos ex-alunos sem incapacidade 90% pertenciam à população activa. A taxa de desemprego da amostra era de 5% (nos ex-alunos sem

surdez 2.5% estavam no desemprego). Ao longo dos períodos de análise, a percentagem de alunos que completou o ensino superior aumentou de 5 para 16%, e a proporção de alunos que com ensino profissional diminuiu de 62% para 52%. Em relação ao rendimento, verificou-se que para o ano de 1998, este foi fortemente influenciado pelo nível de escolaridade, isto é, quanto mais elevada a escolaridade maior o rendimento anual. No entanto, para o mesmo nível de ensino, o rendimento é inferior nos ex-alunos surdos do que nos ex-alunos ouvintes. O sexo também tem influência no rendimento, e é cerca de 30% superior nos homens surdos em relação às mulheres surdas.

Num estudo de Dye et al (2001) citado em Harris e Thornton (2005), acerca da demografia da comunidade Surda no Reino Unido, indica que os Surdos não encontram problemas em encontrar emprego, mas sim em encontrar emprego ao nível das suas competências. O mesmo estudo aponta que jovens surdos com idade na casa dos vinte têm menor probabilidade de ter habilitações académicas superiores à dos seus pares ouvintes, apesar de cerca de 3/4 dos jovens surdos entre os 18-29 anos continuarem a progredir nos estudos.

Quadro 3: Estudos analisados – incapacidade auditiva e mercado de trabalho

Autor, país, ano	Caract. Amostra - n	Recolha dados	Nível educação	Participação no mercado trabalho	Principais conclusões - resultados
Schroedel, J.; Geyer, P. / EUA / 2000	N= 240 Ex-alunos surdos	Questionário	- Ensino profissional - Ensino superior	-Taxa desemprego	- Rendimento aumenta com maior nível escolaridade - Surdos com rendimento inferior a ouvintes para igual nível escolaridade - Homens surdos auferem 30% mais de rendimento que mulheres surdas
Kochkin, S. / EUA / 2007	N= 3840 agregados familiares - Pessoas com perda de audição com ou sem uso de prótese auditiva	<i>National Family Opinion</i> – questionário dirigido a pessoas com perda de audição	-----	Análise do rendimento	- Pessoas mais surdas mais acentuada ganham até menos \$12.000 que pessoas com surdez mais ligeira
Brennan, S., et al / Canada/ 2009	N= 1.266.120 - Pessoas com limitação da audição 15 anos ou +	<i>Participation and Activity Limitation Survey</i>			- 50,2% têm ensino secundário ou menos - Taxa de emprego: 47,3% - Taxa desemprego: 5,1%
Rydberg, E., et al / Suécia / 2010	N= 2144 Pessoas surdas que frequentaram escola de surdos	Base de dados nacional “ <i>Integrated database for labour market research</i> ”	- Ensino obrigatório - Ensino secundário - Ensino superior	-Taxa emprego - Sector de actividade - N° pessoas no local de trabalho - Sector industrial	- Nível máximo de escolaridade inferior nas pessoas surdas - Pessoas surdas estão mais no sector público que população de referência - Taxa de emprego inferior à da população de referência

De acordo com dados do *Participation and Activity Limitation Survey* de 2006 realizado no Canadá (Brennan; Gombac; Sleightholm, 2009), cerca de 5% dos Canadianos (1.266.120) com mais de 15 anos reportam alguma limitação da audição, dos quais 83,2% referem ser limitações moderadas e 16,8% referem ser severas. 50,2% das pessoas com dificuldades em ouvir têm habilitações académicas de nível secundário. Ao nível do emprego, entre os 15-64 anos 47,3% das pessoas está empregada; 5,1% está desempregada e 23,4% não estão na força de trabalho. Os autores referem alguma cautela na interpretação destes resultados uma vez que a amostra é composta por pessoas que nasceram surdas e pessoas que ficaram com algum tipo de surdez após o nascimento; também, neste estudo não é possível isolar o efeito da surdez, uma vez que a maioria das pessoas tem pelo menos uma outra limitação.

Segundo Kochkin (2007), a população com perda de audição, nos EUA, cresceu de 28 milhões em 1989 para 30 milhões em 2004 e espera-se que passe a cerca de 40 milhões em menos de uma geração. Se por um lado, a hipoacusia que é frequente nas pessoas mais idosas vai aumentado com o envelhecimento da população, por outro lado assiste-se a um crescimento de perdas de audição em jovens, provocada pela exposição ao ruído. Com o objectivo de estudar o impacto da perda de audição no rendimento, em 2004 foram analisados cerca de 3840 agregados familiares em que pelo menos um dos membros adultos refere perda de audição (com ou sem uso de prótese auditiva). No modelo foram incluídas as variáveis: composição do agregado familiar, estado civil, idade, área geográfica, dimensão do mercado (quatro dimensões de cidades com base onde a família reside), grupos de perda de audição, uso ou não de ajudas técnicas. A educação não foi incluída no modelo uma vez que não havia diferenças no número de anos estudados entre os grupos da amostra (com perda de audição e uso de prótese auditiva; com perda de audição sem prótese auditiva; audição normal). Pessoas com perda de audição mais acentuada podem ganhar até menos \$12.000/ano do que pessoas sem perda de audição ou apenas ligeira. Em relação ao uso de ajudas técnicas o autor refere que pessoas que não usam ajudas técnicas têm taxas de desemprego superiores às das pessoas que usam ajudas técnicas.

Outro estudo que analisa o mercado de trabalho de pessoas surdas foi realizado pelo *The Swedish Institute for Disability Research* (Rydberg, 2010). A população surda em análise era constituída por 2144 pessoas, nascidas entre 1941 e 1980 que frequentaram escolas de surdos, sendo os dados comparados com uma amostra aleatória de 100.000 indivíduos escolhida aleatoriamente da população Sueca, nascida entre 1941 e 1980. Os dados dos indivíduos foram recolhidos para o ano de 2005.

Os resultados do estudo referente ao nível de escolaridade das pessoas surdas (Rydberg; Gellerstedt; Danermark, 2009) revelam que estas têm escolaridade inferior à população geral. O ensino secundário (como nível máximo de escolaridade) é completado por 87% das pessoas surdas (na população geral é 65%). Ainda, na população surda apenas 5% completa pelo menos três anos de ensino superior (contra 21% da população geral). As mulheres têm níveis de escolaridade superiores ao dos homens em ambas as populações (surda e geral).

Na publicação referente ao mercado de trabalho, Rydberg; Gellerstedt e Danermark (2011) destacam que as pessoas surdas trabalham mais no sector público, enquanto que a população de referência está mais no sector privado. As autoras realçam o facto de se esperar que o sector publico esteja na linha da frente no que toca a políticas de emprego não discriminatórias. As pessoas surdas trabalham sobretudo em locais com 100 ou mais empregados, ao contrário da população de referência que trabalha mais em locais com 1 a 9 empregados. Ao nível do sector de acitividade, as pessoas surdas estão em maior número nas categorias “*manufacturing, mining, quarrying*” e “*education and research*”. Por um lado há uma percentagem maior de pessoas surdas com trabalhos não qualificados do que na população de referência, mas também há maior numero de pessoas surdas na área de ensino e investigação do que na população de referência, uma vez que, segundo as autoras, existem várias escolas para surdos e é vantajoso conhecer Lingua Gestual. Também neste estudo há uma taxa de emprego inferior nas pessoas surdas comparativamente à população de referência (62,5% e 77,8% respectivamente). Em ambas as populações, os homens têm taxa de emprego superior à das mulheres. Controlando para o nível de escolaridade, à medida

que aumentam as qualificações aumenta também a taxa de emprego, em ambas as populações, e diminui a diferença entre as taxas de emprego.

Para concluir, parece evidente que surdez, à semelhança dos dados relativos à incapacidade em geral, tem impacto ao nível da participação o mercado de trabalho: estas pessoas têm níveis de escolaridade mais baixos, maiores taxas de desemprego e auferem rendimento inferior quando comparando com população geral. O sexo é também uma variável a considerar, sendo que os homens surdos auferem geralmente rendimento superior às mulheres surdas.

II - Metodologia

Como foi referenciado atrás, quanto mais cedo se instala a surdez maior será o impacto na vida da pessoa, quer ao nível de comunicação, desempenho escolar e até escolhas profissionais (ASHA, 2012), (WHO, 2012a).

Perante a escassez de dados acerca das pessoas surdas em Portugal, o presente estudo tem como finalidade melhorar o conhecimento relativamente a esta população bem como tentar caracterizar alguns aspectos relativos à sua participação no mercado de trabalho.

O objectivo do estudo é caracterizar as pessoas com surdez ao nível da participação no mercado de trabalho e rendimento, comparativamente com a população geral e pretende responder às seguintes questões:

Q1 – Em que medida as pessoas surdas têm nível de escolaridade igual ao da população geral?

Q2 - Em que medida as pessoas surdas têm taxa de actividade igual à da população geral?

Q3 - Em que medida as pessoas surdas, em situação de emprego, têm remuneração líquida média mensal igual à remuneração média mensal da população geral?

Para responder às questões de investigação e dado o tempo inicialmente previsto para a elaboração do trabalho, foi construído um questionário para a recolha de dados (em anexo). Este constitui uma técnica amplamente utilizada e é constituído por várias questões dirigidas a um conjunto de indivíduos, sob uma dada forma e sequência. É uma técnica adequada ao estudo extensivo de grandes conjuntos de indivíduos, com o objectivo de obter a medida de certos atributos de uma amostra, que pode ser ou não representativa dessa população (Graça, 2009).

Actualmente existem questionários em formato papel e questionários electrónicos. Jansen e Corley (2007) definem questionário electrónico como aquele em que o computador desempenha uma papel fundamental tanto na entrega a potenciais respondentes como na recolha dos dados dos respondentes reais.

Este método de administração de questionários tem como vantagens o baixo custo envolvido, tempos de resposta mais rápida, taxas de resposta mais elevadas (Jamsen; Corley, 2007). Os questionários criados em plataforma *WEB* estão geralmente ligados a uma base de dados que armazena anonimamente as respostas, e permite a sua gestão. Há no entanto alguns inconvenientes a ter em consideração com este método. Limita o acesso da população alvo, uma vez que está dependente do uso ou não de internet, podendo criar viés na selecção da amostra. Janssens e Kraft (2012) referem que o viés de selecção acontece quando a amostra não representa população do estudo, por exemplo, podem ser mais saudáveis ou com maior nível de instrução. Assim, há que haver cautela na interpretação de resultados obtidos por este método.

A plataforma *WEB* utilizada foi o *Limeservice*, que é uma plataforma gratuita e tem acesso a base de dados onde são gravados os dados, de forma anónima, para posterior tratamento.

O questionário é constituído por 46 questões abertas e fechadas, agrupadas em três secções: caracterização sociodemográfica, caracterização da perda de audição, mercado de trabalho.

As questões sociodemográficas permitem caracterizar a amostra, ou compará-la com as características sociodemográficas do universo de onde foi extraído (Graça, 2009). Pretende-se recolher informação acerca de idade, sexo, grau escolaridade, que como foi referido atrás pode também ter relação com a participação no mercado de trabalho.

O grupo referente à caracterização da perda de audição tem como objectivo determinar se incapacidade surge na primeira infância ou mais tarde, pois já vimos que o impacto ao nível do desenvolvimento é diferente.

As questões acerca da situação profissional pretendem situar o individuo no mercado de trabalho, ao nível da participação e do rendimento auferido.

O questionário foi testado em três surdos por forma a eliminar eventuais problemas semânticos e de compreensão das questões. Não foi necessário

transformar nenhuma das questões abertas em fechadas, ou o inverso. As alterações efectuadas foram sobretudo ao nível de verbos ou substantivos.

O questionário esteve *on-line* entre 21 de Maio e 20 de Setembro de 2012. Foi divulgado por email através de associações nacionais de surdos e através de redes sociais. Por sabermos que há ouvintes inscritos em associações de Surdos, foram usadas as seguintes expressões na divulgação do questionário “*Se é surdo (a) colabore e responda a este questionário*” seguido do link do mesmo, ou “*Estou a fazer um trabalho sobre surdez e mercado de trabalho. Se é Surdo (a), ajude e responda a este questionário*”.

Na primeira semana de divulgação obtivemos 75% do total de repostas. Como a taxa de participação estava a superar as expectativas iniciais prolongou-se a duração do questionário por forma a conseguir um maior número de respostas possível.

A população alvo para o presente estudo são as pessoas adultas com surdez.

A amostra é de conveniência e foi obtida através da técnica “snowball”, pertencendo ao grupo de amostragem não probabilística. Esta técnica é utilizada em populações pequenas e específicas. Tem-se por base as redes sociais, as amizades e o facto de que os amigos têm características comuns. (Reis, et al., 1997), (Fortin, 1999).

O número total de respostas ao questionário foi de 193. Deste total, 49 não estavam completas (não respondiam às questões fundamentais para responder às questões iniciais. Assim, resulta uma amostra de 144 pessoas com surdez.

Na caracterização da participação no mercado de trabalho seguimos os conceitos utilizados pelo INE (INE, 2012) no que respeita a população activa, taxa de actividade, taxa de emprego, taxa de desemprego. Assim:

- **População activa:** conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, constituíam a mão de obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico (empregados e desempregados).

- **Taxa de actividade:** taxa que permite definir a relação entre a população activa e a população total.

$$T.A. (\%) = (\text{População activa} / \text{População total}) \times 100$$

- **Taxa de emprego (15 e mais anos):** taxa que permite definir a relação entre a população empregada e a população total em idade activa (com 15 e mais anos).

$$T.E. (\%) = (\text{População empregada} / \text{População total com 15 e mais anos}) \times 100$$

- **Taxa de desemprego:** taxa que permite definir a relação entre a população desempregada e a população activa.

$$T.D. (\%) = (\text{População desempregada} / \text{População activa}) \times 100$$

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18 e 19. Na análise descritiva dos resultados utilizamos essencialmente um método estatístico, intervalos de confiança.

Os intervalos de confiança são um instrumento da inferência estatística, que permitem inferir sobre os intervalos de valores que se observam para a população, a partir de dados da amostra e também averiguar se diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

Os intervalos de confiança são determinados com um grau de confiança de 95%.

Ao valor de 95% para o grau de confiança está associado um valor complementar de 5%, que é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Para as variáveis quantitativas, apresentam-se os valores médios e o limite inferior (LI) e limite superior (LC) do intervalo de confiança, com um grau de confiança de 95%. Estes dados permitem concluir sobre os intervalos de valores que se observam para a população.

Se o parâmetro da população estiver incluído nos valores do intervalo de confiança calculados, tal significa que não podemos considerar que o valor observado seja significativamente diferente do da população. Se o intervalo de confiança não incluir o valor verificado para a população, podemos considerar que o valor observado é significativamente diferente do da população.

Estas conclusões são estabelecidas para um nível de significância de 5%, tal como todos os testes de hipóteses utilizados nas Ciências Sociais. Na nossa amostra, como não é uma amostra aleatória, não podemos realizar inferências, mas utilizamos para observar as diferenças com a população geral.

III – Resultados e Discussão

CARACTERIZAÇÃO DA SURDEZ

Neste estudo, não é possível determinar o grau ou tipo de surdez, logo não se pode afirmar que audiologicamente são surdas. Também se desconhece se a pessoa é culturalmente Surda. A informação de que dispomos é relativamente ao momento de instalação da surdez, de acordo com os respondentes.

Tabela 1: Caracterização por tipo de surdez

Tipo de surdez	Frequência	%
Congénita	75	52,1
Adquirida, até 3 anos idade	30	20,8
Adquirida, entre os 3 e 6 anos idade	10	6,9
Adquirida, entre os 6 e 12 anos idade	8	5,6
Adquirida, após 13 anos	11	7,6
Não sabe	10	6,9
Total	144	100,0

Como podemos observar na tabela 1, a surdez congénita ou adquirida até aos 3 anos de idade é referida em 72,9% dos elementos da amostra. Verificam-se 29 pessoas surdas com surdez adquirida após os 3 anos (20,1%) e dez elementos não sabem responder (6,9%).

Em relação ao facto de a surdez ser unilateral ou bilateral, a grande maioria, 122 pessoas (84,7%), refere surdez bilateral.

À questão “ Devido à sua surdez tem algum grau de incapacidade atribuído?” responderam afirmativamente 105 elementos, ou seja, 72,9% das pessoas surdas.

A existência de outros problemas de saúde obteve resposta positiva de 20 elementos da amostra (13,9%) verificando-se cinco não respostas (3,5%). Nos que referem ter outros problemas de saúde, a situação mais referenciada é “problemas de visão”.

O uso de dispositivos de amplificação sonora é utilizado por 63 pessoas surdas na amostra (43,7%), das quais 87,3% refere usar implante coclear e 12,3% usa prótese auditiva. Portanto, a maioria das pessoas (56,3%) não usa qualquer dispositivo.

Relativamente ao modo de comunicação utilizada, no dia-a-dia, a tabela 2 revela que 61 elementos da amostra (42,4%) usa tanto a Língua Gestual como a linguagem oral e 59 elementos (41,0%) das pessoas surdas refere usar apenas linguagem oral. Verificam-se 20 pessoas surdas na amostra (13,9%) que utilizam apenas Língua Gestual e há um número residual de quatro elementos (2,7%) que referem não utilizar nenhum dos dois meios de comunicação. Este facto pode dever-se ao facto de utilizarem outro meio preferencial de comunicação, ex: escrita, ou eventualmente não ter sido clara a questão.

Tabela 2: Tipo de comunicação utilizado (%)

Língua Gestual		Linguagem Oral	
		Sim	Não
Sim	N	61	20
	% da amostra	42,4%	13,9%
Não	N	59	4
	% da amostra	41,0%	2,8%

CARACTERIZAÇÃO DA SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra é constituída por 78 pessoas do sexo feminino e 66 pessoas do sexo masculino. As idades variam entre os 19 e 80 anos (a média de idades é de 34 anos, com um desvio-padrão de 11,6 anos). Na figura 1 é possível observar a distribuição das idades em cada sexo.

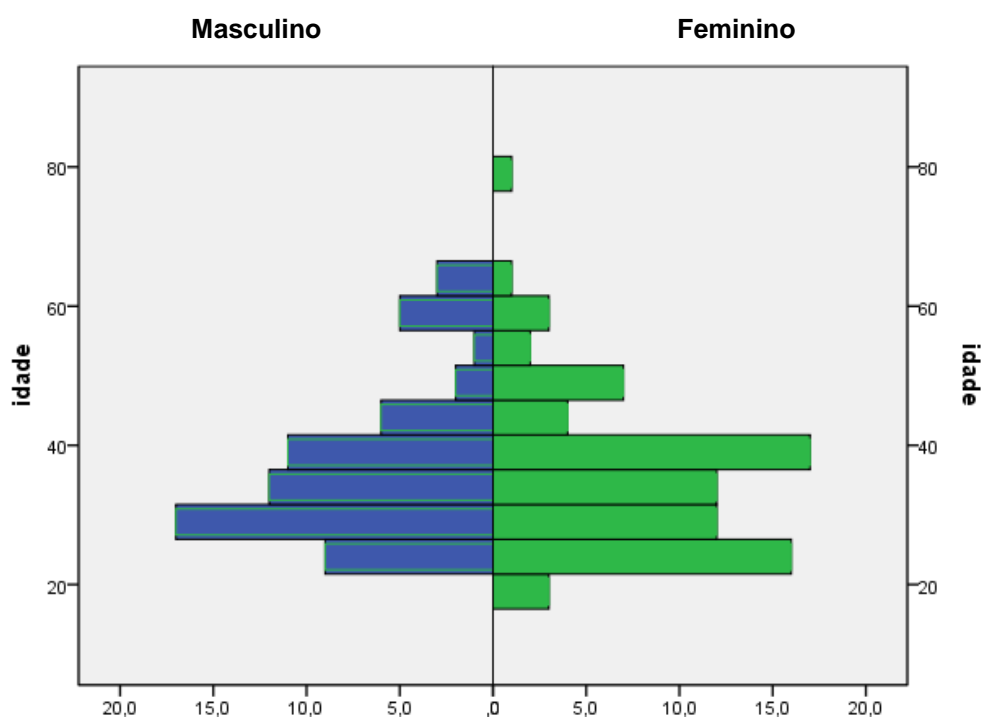


Figura 1: Pirâmide etária, por sexo

Comparando a média das idades por sexo, na amostra verifica-se que a média de idades é superior para o sexo masculino (37 anos) e inferior para o sexo feminino (35,8 anos), no entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas entre homens e mulheres, para um intervalo de confiança de 95%. A tabela 3 ilustra as diferenças, não significativas, através dos valores médios da idade para cada um dos sexos ($p=0,543 > 0,05$).

Tabela 3: Comparação da idade média para cada um dos sexos e resultados do teste t de student

		N	Média	Desvio padrão	Teste t	p
Idade	Masculino	66	37,0	11,6	$t_{142} = 0,610$	0,543
	Feminino	78	35,8	11,6		

Na Tabela 4 apresentam-se os dados relevantes de caracterização sociodemográfica da amostra e a respectiva comparação com os dados estatísticos da população portuguesa, dos Censos de 2011. Para cada

resultado apresentado, calculam-se também os respectivos limites inferior (LI) e superior (LS) dos intervalos de confiança, com um grau de confiança de 95% (IC a 95%), por forma a determinar se estes intervalos integram o valor do parâmetro observado para a população.

Tabela 4: Variáveis da caracterização sócio-demográfica

	N=144		IC a 95%		População portuguesa 2011 ^a - %
	N	%	LI	LS	
Sexo					
masculino	66	45,8	37,7	54,0	47,8
feminino	78	54,2	46,0	62,3	52,2
Idade					
19-24	20	13,9	8,2	19,5	10,8
25-64	121	84,0	78,0	90,0	55,1
+ 65	3	2,1	0,0	4,4	
Área de Residência					
Norte	46	31,9	24,3	39,6	34,9
Centro	22	15,3	9,4	21,2	22,0
Lisboa e Vale do Tejo	62	43,1	35,0	51,1	26,7
Alentejo	2	1,4	0,0	3,3	7,2
Algarve	9	6,3	2,3	10,2	4,3
Reg. Autónoma da Madeira	2	1,4	0,0	3,3	2,6
Reg. Autónoma dos Açores	1	0,7	0,0	2,1	2,3
Nível de ensino					
básico - 1º ciclo	6	4,1	0,9	7,4	25,5
básico - 2º ciclo	2	1,4	0,0	3,3	13,0
básico - 3º ciclo	20	13,9	8,2	19,5	20,7
ensino secundário	58	40,3	32,3	48,3	16,8
ensino superior	58	40,3	32,3	48,3	13,4

^a – Fonte: PORDATA (2012)

Quanto ao sexo, os intervalos de confiança calculados a partir da amostra incluem o valor da frequência relativa para a população, ou seja, não podemos afirmar que a distribuição pelos dois sexos seja diferente nos surdos e na população. No que diz respeito às idades, a amostra contém apenas população em idade activa, pelo que apenas podemos considerar o total da população em idade activa para comparação: nas idades entre 19 e 64 anos, 17,4% têm 19-24 anos e 83,6% têm 25-64 anos, pelo que os intervalos de confiança para a amostra incluem o valor da frequência relativa para a população nestas duas classes etárias, também não podemos afirmar que a distribuição pelas duas faixas etárias seja diferente nos surdos e na população.

Relativamente à área de residência, foi utilizada a nomenclatura NUTS II (Unidades Territoriais para Fins Estatísticos) que é constituída por sete regiões – cinco do território continental mais as regiões autónomas da Madeira e Açores (Decreto-Lei n.º 244/2002). Os intervalos de confiança para as regiões do Norte, Algarve e Região Autónoma da Madeira incluem o valor da população, pelo que a representatividade destas regiões nos surdos é igual à da população, os intervalos de confiança para as regiões do Centro, Alentejo e Região Autónoma dos Açores são inferiores ao valor da população, pelo que estas regiões estão menos representadas nos surdos que na população, quanto à região de Lisboa e Vale do Tejo, o respectivo intervalo de confiança é superior ao valor da população, pelo que esta região está mais representada nos surdos que na população.

Finalmente, quanto ao nível de ensino, os intervalos de confiança para os níveis de ensino básico, do 1.º ciclo, 2.º ciclo e 3.º ciclo são inferiores ao valor da população, pelo que estas escolaridades estão menos representadas nos surdos que na população; quanto às escolaridades secundário e superior, os respectivos intervalos de confiança são superiores ao valor da população, pelo que estas escolaridades estão mais representadas nos surdos que na população.

Assim sendo, relativamente à questão de investigação “Q1 – Em que medida as pessoas surdas têm nível de escolaridade igual ao da população geral?”, podemos afirmar que as pessoas surdas apresentam nível de escolaridade

superior ao da população geral. Este resultado contraria alguns autores, Rydberg (2009), Rydberg (2010) referem que o nível de escolaridade da população surda é inferior ao da média da população geral, em especial ao nível do ensino superior. Kochkin (2005), Brennan, Gombac, e Sleightholm (2009) não encontram diferenças significativas entre a escolaridade máxima nas pessoas com audição normal e nas pessoas com surdez. Um factor que pode ter contribuído para este resultado na nossa amostra pode ser o facto de amostra ser recolhida via WEB, o que pode levar a que pessoas com níveis de instrução e literacia mais elevados participem nos estudos, conforme refere Janssens e Kraft (2012).

Tabela 5: Taxa de escolarização, por sexo

Sexo feminino	N=78		IC a 95%		População (2011) ^a
	N	%	LI	LS	
básico - 1º ciclo	3	3,8	0,0	8,1	24,4
básico - 2º ciclo	1	1,3	0,0	3,8	11,0
básico - 3º ciclo	10	12,8	5,4	20,2	19,0
ensino secundário	27	34,6	24,1	45,2	16,6
ensino superior	37	47,4	36,4	58,5	15,1
Sexo masculino	N=66		IC a 95%		População (2011) ^a
	N	%	LI	LS	
básico - 1º ciclo	3	4,5	0,0	9,6	26,8
básico - 2º ciclo	1	1,5	0,0	4,5	15,1
básico - 3º ciclo	10	15,2	6,5	23,8	22,6
ensino secundário	31	47,0	34,9	59,0	17,0
ensino superior	21	31,8	20,6	43,1	11,5

^a – Fonte : PORDATA (2012)

Em termos de escolarização por sexo, na tabela 5 observa-se que 47,4% da amostra feminina tem ensino superior enquanto no sexo masculino este indicador é de 31,8%. O mesmo se passa na população geral, em que a percentagem de mulheres com ensino superior é maior que nos homens. Nas qualificações mais baixas (até ensino básico 3º ciclo), as mulheres têm percentagens inferiores às dos homens, acontecendo o mesmo na população

geral. Apenas no nível de ensino secundário, os homens têm maior percentagem relativamente às mulheres, acontecendo o mesmo na população geral.

Os intervalos de confiança para os níveis de ensino básico, do 1.º ciclo e 2.º ciclo são inferiores ao valor da população, para ambos os sexos, pelo que estas escolaridades estão menos representadas na amostra que na população, quanto às escolaridades secundário e superior, os respectivos intervalos de confiança são superiores ao valor da população, pelo que estas escolaridades estão mais representadas na amostra que na população. Em cada um dos sexos, os intervalos de confiança para o nível de ensino básico do 3.º ciclo incluem o valor da população, pelo que não podemos concluir que existam diferenças significativas entre os surdos e a população, neste nível de ensino.

Analizando novamente a questão de investigação “Q1 – Em que medida as pessoas surdas têm nível de escolaridade igual ao da população geral?”, podemos afirmar que as pessoas surdas apresentam nível de escolaridade superior ao da população geral, em ambos os sexos.

Em relação ao estado civil, na amostra das pessoas surdas, uma maioria de 81 elementos está solteira (56,3%), verificando-se 53 pessoas surdas casadas (36,8%) e 10 elementos solteiros (6,9%). Na amostra, verifica-se ainda que 72 pessoas surdas não têm filhos (50%), 38 elementos têm um filho (26,4%), 23 pessoas surdas têm dois filhos (16,0%) e 11 elementos têm entre três a cinco filhos (7,6%), destes sete têm três filhos, dois têm quatro filhos e outros dois têm cinco filhos.

CARACTERIZAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO

Na descrição dos resultados referentes à posição no mercado de trabalho, importa referir que os mesmos se referem ao período de Janeiro de 2012.

Assim, nessa altura, a taxa de actividade das pessoas surdas era de 81,9%, estando a taxa de emprego nos 59%.

Tabela 6: Taxa de emprego nas variáveis sexo, idade e nível de escolaridade

	Amostra		IC a 95%		População portuguesa (2012 1ºT) ^a
	N	%	LI	LS	
(N=144)					
Actividade	118	81,9	75,7	88,2	51,7
Emprego (15-64)	85	59,0	50,1	67,9	62,2
Sexo					
Mulheres (N=78)	44	56,4	45,5	67,4	48,0
Homens (N=66)	41	62,1	50,4	73,8	59,5
Idade					
19-24 (N=20)	4	20,0	2,5	37,5	27,2 (15-24 anos)
25-34 (N=56)	33	59,9	47,1	72,7	
35-44 (N=36)	27	75,0	60,9	89,1	
45-64 (N=29)	21	72,4	56,1	88,7	
					62,2
Nível máximo escolaridade					
Ensino básico até 3º ciclo (N=28)	15	53,6	35,1	72,0	46,8
Ensino secundário (N=58)	37	63,7	53,3	76,1	63,9
Ensino superior (N=58)	33	56,9	45,9	69,6	75,3

^a – Fonte: INE (2012)

Na tabela 6 podemos verificar que a taxa de actividade é superior à da população portuguesa, mas tal valor deve-se ao facto de a amostra incluir uma representatividade de pessoas em idade activa, enquanto o valor para a população é determinado em função do total da população, pelo que não podemos dar uma resposta efectiva à questão “Q2 – Em que medida as pessoas surdas têm taxa de actividade igual à da população geral?”

A tabela 6 mostra ainda a taxa de emprego (15-64 anos), e a taxa de emprego em diferentes variáveis (sexo, idade, nível de escolaridade). A taxa de emprego referente a Janeiro de 2012, na amostra, situava-se nos 59%, valor ligeiramente abaixo do valor para a população geral no 1º trimestre de 2012. Darling (2009), no seu estudo constata que a incapacidade decorrente de problemas auditivos é a que tem maiores taxas de participação, entre as várias incapacidades.

Quanto à análise por sexos, na população os homens apresentam maior taxa de emprego que as mulheres. Na amostra, os valores da taxa de emprego são também superiores para os homens, sendo ligeiramente superiores aos valores observados na população, embora as diferenças observadas não sejam estatisticamente significativas para nenhum dos sexos, de acordo com os intervalos de confiança calculados. Este aumento na taxa de emprego nos homens surdos é descrito também por Rydberg et al (2011).

Relativamente à idade, a taxa de emprego na população portuguesa é inferior para os 15-24 anos, seguida dos 45-64 anos, sendo superior para os 35-44 anos seguido dos 25-34 anos, enquanto na amostra a taxa de emprego é inferior para os 19-24 anos, seguida dos 25-34 anos, sendo superior para os 35-44 anos seguido dos 45-64 anos, ou seja nas idades mais jovens, a taxa de emprego é inferior. Na amostra de pessoas surdas, a taxa de emprego é superior à da população apenas para a classe etária 45-64 anos, passando-se o inverso nas outras faixas etárias em estudo (19-24 anos, 25-34 anos e 35-44 anos), no entanto, as diferenças entre as pessoas surdas e a população apenas são estatisticamente significativas para a classe etária 25-34 anos, tendo em conta os intervalos de confiança calculados.

Em relação ao nível de escolaridade, a taxa de emprego aumenta com o aumento dos níveis de ensino na população, mas na amostra a taxa de emprego é inferior para a escolaridade básica (53,6%), superior para a escolaridade secundário (65,5%) e intermédia para escolaridade superior (58,6%). Na nossa amostra, a taxa de emprego é superior à da população para os níveis de escolaridade básico e secundário, mas inferior à da população para o nível de escolaridade superior (58,6% na amostra de pessoas surdas e 75,3% na população). Estas diferenças não são estatisticamente significativas para nenhuma das categorias de escolaridade estudadas, excepto para o ensino superior, em que o IC = [45,9%;71,3%] para as pessoas surdas e o valor é de 75,3% para a população, de acordo com os intervalos de confiança calculados.

Tabela 7: Profissão das pessoas empregadas por nível de escolaridade¹

	Básico		Secundário		Superior	
	N	%	N	%	N	%
Especialistas das actividades intelectuais e científicas			7	25,9	26	78,8
Técnicos e profissões de nível intermédio	1	7,7	6	22,2	6	18,2
Pessoal administrativo	3	23,1	8	29,6		
Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança	2	15,4	2	7,4		
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4	30,8	3	11,1		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	7,7	1	3,7	1	3
Trabalhadores não qualificados	2	15,4				
Total	13	100	27	100	33	100,0

¹ - missing value= 2 para Básico, 10 para Secundário.

A maioria das pessoas empregadas tem profissões do grupo 1 da Classificação Nacional de Profissões - *Especialistas das actividades intelectuais e científicas*. Apenas duas pessoas têm profissões do grupo *Trabalhadores não qualificadas*. As profissões mais qualificadas aumentam, no geral, com o aumento das qualificações.

Tabela 8: Caracterização laboral das pessoas empregadas (%)

	Amostra		IC a 95%		População Portuguesa (1º T 2012) ^a
	N	%	LI	LS	
Situação profissional					
Trabalhador por conta própria	9	11,0	4,2	17,7	20,5
Trabalhador conta outrem	73	89,0	82,3	95,8	78,9
Contrato termo certo	30	41,1	29,8	52,4	18,5
Contrato sem termo	43	58,9	47,6	70,2	77,8
Trabalhador familiar	3	2,3	0,0	5,0	0,06
Sector de actividade					
Público	40	54,8	43,4	66,2	
Privado	33	45,2	33,8	56,6	

Regime de duração do trabalho^b					
Tempo completo	29	35,4	25,0	45,7	85,7
Tempo parcial	53	64,6	54,3	75,0	14,3
Situação de emprego apoiado^b					
Sim	12	14,6	7,0	22,3	
Não	63	76,8	67,7	86,0	
Não sabe	7	8,5	2,5	14,6	

^a – Fonte: INE (2012); ^b – missing value=3

A grande maioria das pessoas está empregada por conta de outrem, situação que é superior nas pessoas surdas comparativamente com a população portuguesa, de forma estatisticamente significativa, de acordo com os intervalos de confiança calculados. Na amostra, a situação de efectivo (contrato a termo certo) é ligeiramente inferior (41,1%) à de contrato sem termo, sendo, no entanto, significativamente superior à da população portuguesa. Na amostra de pessoas surdas, uma maioria de 54,8% trabalha no sector público e a grande maioria (76,8%) refere não estar ao abrigo que qualquer programa de emprego para pessoas com incapacidade. Em relação ao regime de trabalho, 64,6% refere estar a tempo parcial (menos de 7 horas/dia).

Tabela 9: Percentagem de pessoas desempregadas nas variáveis sexo, idade, nível escolaridade e duração

Elementos da amostra activos (N=118)	Amostra		IC a 95%		População portuguesa 2011 ^a
	N	%	LI	LS	
Taxa de desemprego	33	28	19,1	35,1	12,7
Sexo					
Mulheres (N=60)	16	26,7	17,6	41,0	12,4
Homens (N=58)	17	29,3	14,0	36,0	13,1
Idade					
19-24 (N=10)	6	60,0	29,6	90,4	30,1
25-54 (N=99)	26	26,2	17,5	36,5	12,0
55-64 (N=9)	1	11,1	0,0	34,5	10,8
Nível máximo escolaridade					
Ensino básico até 3º ciclo (N=24)	9	37,5	18,1	56,9	13,7
Ensino secundário (N=49)	12	24,5	12,5	36,5	13,3
Ensino superior (N=45)	12	26,7	13,7	39,6	9,2
Duração^b					
< de 1 ano	16	64,0	45,2	82,8	46,9

≥ 1 ano	9	36,0	17,2	54,8	53,1
---------	---	-------------	------	------	------

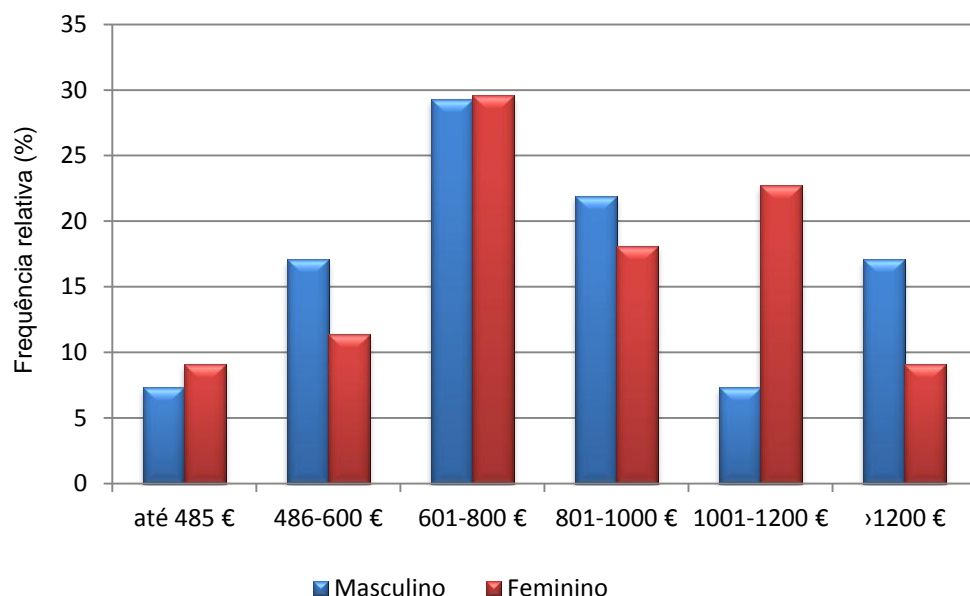
^a – Fonte: (INE, 2011)

^b – missing value =8

A taxa de desemprego da nossa amostra é mais do dobro da taxa de desemprego na população portuguesa, sendo os homens são mais atingidos pelo desemprego (29,3%) do que as mulheres (26,7%). Todos estes valores são significativamente superiores aos da população portuguesa. O relatório da OCDE, *Sickness, Disability And Work*, (OECD, 2010) referia que em vários países a taxa de desemprego nas pessoas com incapacidade era o dobro em relação à da população geral. O desemprego é especialmente alto nas idades mais jovens, mas é significativamente superior ao da população portuguesa, tanto para a classe etária 19-24 anos como para a faixa 25-54 anos. Na amostra de pessoas surdas, os que têm nível secundário têm taxa de desemprego inferior às pessoas com outros níveis de escolaridade, que é superior para o ensino básico. Também nesta variável os valores são significativamente superiores aos da população portuguesa para as escolaridades básica e superior. A maioria das pessoas surdas na amostra (64,0%) está no desemprego há menos de 1 ano, enquanto que na população geral o desemprego de longa duração (1 ano ou mais) é superior.

Tabela 10: Remuneração média mensal líquida das pessoas empregadas, por sexo

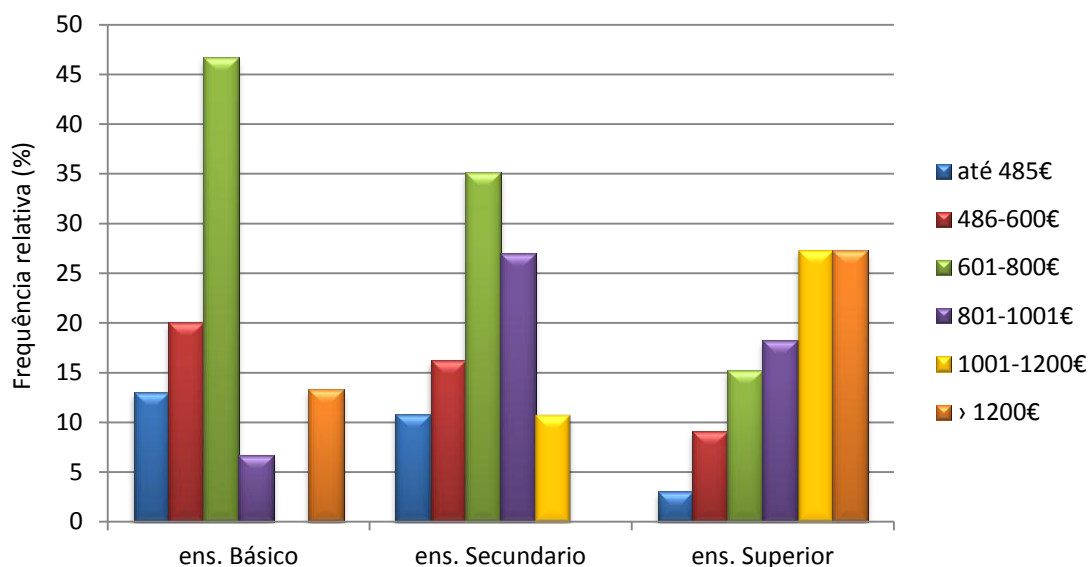
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
até 485 €	7	8,3	4	9,1
486-600 €	12	14,1	5	11,4
601-800 €	25	29,4	13	29,6
801-1000 €	17	20,0	8	18,1
1001-1200 €	13	15,3	10	22,7
>1200 €	11	12,9	4	9,1
Total	41	100	44	100

Gráfico 1: Remuneração média mensal líquida das pessoas empregadas, por sexo

Em relação à remuneração média mensal líquida, o escalão mais frequente é o 601-800€/mês (25 elementos da amostra que correspondem a 29,4%), seguidos por 17 elementos no escalão 801-1000€ (20%) e 13 elementos no escalão 1001-1200€ (15,3%). Em relação à remuneração por sexo não há um padrão claro. Os elementos do sexo feminino apresentam maior frequência relativa nos escalões “até 485€/mês”, “601-800€/mês” e “1001-1200€/mês”, acontecendo o inverso para os restantes escalões. No escalão “601-800€/mês” a percentagem de homens e mulheres é praticamente igual.

Tabela 11: Remuneração média mensal líquida das pessoas empregadas, por nível de ensino

	Ensino básico		Ensino Secundário		Ensino Superior	
	N	%	N	%	N	%
até 485 €	2	13,3	4	10,8	1	3,0
486-600 €	3	20,0	6	16,2	3	9,1
601-800 €	7	46,7	13	35,1	5	15,2
801-1000 €	1	6,7	10	27,0	6	18,2
1001-1200 €	0	0,0	4	10,8	9	27,3
>1200 €	2	13,3	0	0,0	9	27,3
Total	15	100	37	100	33	100

Gráfico 2: Remuneração média mensal líquida das pessoas empregadas, por nível de ensino

Em relação à remuneração média mensal líquida por nível de ensino, observamos que 46,7% das pessoas surdas com ensino básico e 35,1% das pessoas com ensino secundário recebem entre 601-800€/mês, a maioria das pessoas com ensino superior (54,6%) recebem mais de 1001€ / mês. De notar que neste grupo de nível de ensino há uma pequena percentagem de pessoas que recebem até 485€/mês (3%) e entre 486-600€/mês (9,1%). Assim como, dentro das pessoas com ensino básico, há cerca de 13,3% que recebem mais de 1200€/mês.

Relativamente à questão “Q3 – Em que medida as pessoas surdas, em situação de emprego, têm remuneração líquida média mensal igual à remuneração média mensal da população geral?” sabe-se que a remuneração de base média mensal em Portugal, era em Outubro 2011 de 971,5€ (1053,7€ para Homens, 858,3€ para mulheres) (GEP/MTSS, 2012). Da análise da tabela 8, a maioria das pessoas que trabalham estão no escalão “601-800€/mês”. Não sendo possível realizar uma comparação, pois na população temos um valor unitário e na amostra, temos por escalão, verifica-se que na generalidade a remuneração média líquida mensal poderá ser inferior, mas não parece ser muito diferente da média nacional (para o ano de 2011).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Neste estudo não é possível saber qual o tipo ou grau de surdez têm, nem aferir com certeza qual a origem da surdez. Logo, temos uma amostra com diferentes experiências de surdez, e diferentes impactos a nível de desenvolvimento.

A recolha de dados via on-line não nos permite ter uma amostra aleatória e representativa, logo não podemos inferir os resultados para a população de pessoas surdas. Como foi referenciado anteriormente, este método pode criar viés na selecção da amostra, pelo que os resultados terão de ser interpretados com cautela.

Com os dados recolhidos, não nos foi possível estimar o impacto da surdez na participação no mercado de trabalho.

IV – Conclusão

Apesar do conjunto de políticas, programas e planos existentes em Portugal, que visam garantir a igualdade de oportunidades e não discriminação das pessoas com deficiência ou incapacidade, nas quais se incluem as pessoas surdas, estas ainda encontram muitas barreiras à plena participação no mercado de trabalho.

Perante este contexto, o estudo tinha como objectivo caracterizar as pessoas com surdez ao nível da participação no mercado de trabalho e rendimento, comparativamente com a população geral.

Com os dados recolhidos neste estudo é possível esboçar uma imagem das pessoas com surdez e sua participação no mercado de trabalho, em especial nas dimensões da educação e emprego / desemprego.

Tendo em conta as limitações deste estudo, e apesar de termos visto que a incapacidade e a surdez (uma das formas de incapacidade) pode ter impacto negativo e influenciar o percurso escolar e consequentemente as escolhas profissionais, neste estudo, temos resultados surpreendentes relativamente ao nível de ensino, uma vez que cerca de 40,3% das pessoas surdas tem como nível de ensino, o ensino superior, enquanto que na população o valor é de 13,4%.

Em relação à participação no mercado de trabalho esta condição parece influenciar mais ao nível do desemprego, em que a taxa é mais do dobro do que na população geral, do que ao nível do emprego.

A taxa de emprego das pessoas com surdez é inferior à da população; é superior nos homens do que nas mulheres e mais baixa nas idades mais jovens.

Ao nível do desemprego o resultado para as pessoas com surdez, referente a Janeiro de 2012, é desastroso. Apesar de as pessoas com surdez terem nível de ensino superior à média nacional, a taxa de desemprego é mais do dobro do que na população geral. Este resultado demonstra uma situação de marcada exclusão das pessoas com surdez na área do trabalho. O investimento realizado ao nível da educação por parte das pessoas com surdez, não tem o

retorno ao nível da participação no mercado de trabalho, o que revela que pode haver, por parte dos empregadores, alguma discriminação relativamente a pessoas com surdez.

Em relação ao rendimento, os resultados apontam para que seja ligeiramente inferior à média nacional, não sendo possível obter grande precisão.

Estes resultados estão em linha com a grande maioria dos estudos, quer ao nível do impacto da incapacidade no mercado de trabalho, quer ao nível do impacto da surdez no mercado de trabalho.

Na actual conjuntura de crise económica, o desemprego é um importante problema em vários países, em especial o desemprego jovem o que não favorece a inclusão de pessoas com incapacidade. Já em 2002, um relatório da Organização Internacional do Trabalho referia que a activação do mercado de trabalho e a inclusão de pessoas com incapacidade são mais fáceis de abordar em períodos de aumento da procura laboral e baixos índices de desemprego, do que em alturas de recessão, como é a actual e a não participação das pessoas com incapacidade no mercado de trabalho pode constituir um índice de marginalização social.

Uma vez que para o nosso país, não se encontram estudos que evidenciem o mercado de trabalho das pessoas surdas, no futuro seria importante avaliar o impacto que a surdez pode ter ao nível da participação no mercado de trabalho. Parece também pertinente investigar, o porquê de, confirmando-se os níveis de educação mais elevados nesta população, as pessoas com surdez apresentarem uma desvantagem tão significativa em termos de participação ou inclusão no mercado de trabalho.

Bibliografia

ALMEIDA, Sofia Pinto; FALCÃO, José Marinho - Incapacidade auditiva auto-declarada na população portuguesa: uma análise aos 4º Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge / Observatório Nacional de Saúde, 2007.

APS - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SURDOS – Comunidade, 2012. [Em linha] [Consult. 12 Maio 2012] Disponível em http://www.apsurdos.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=57

ASHA – AMERICAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION - Effects of Hearing Loss on Developme, 2012 [Em linha] [Consult: 12 Maio 2012.] Disponível em <http://www.asha.org/public/hearing/disorders/effects.htm>

BADLEY, Elizabeth M. - An introduce to the concepts and classification of impairments, disabilities and handicaps. **Disability And Rehabilitation**. 15:4 (Oct-Nov 1993) 161-178.

BALDWIN, Marjorie L.; CHOE, Chung - New estimates of disability-related wage discrimination with controls for job demands. **CEPS/INSTEAD**. Working Paper n.º 2011-61. Dec. 2011.

BARNES, C.. - Disabled People in Britain and Discrimination. London : Hurst and Co, 1991.

BARNES, C. - A working social model? Disability and Work in the 21st Century. **Disability Studies Conference and Seminar** (9 December de 1999) [Em linha] [Consult. 8 Março 2012] Disponível em <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Barnes/a%20working%20social%20model.pdf>

BIAP - BUREAU INTERNATIONAL D'AUDIOPHONOLOGIE. Recommendation 02/1. [Online] 1996. [Consult. 27 Abril 2012] Disponível em <http://www.biap.org/en/recommendations/65-ct-2-classification-des-surdites/5-recommandation-biap-021-bis>

BICKENBACH, J.; CHATTERJIA, S.; BADLEY, E. M.; ÜSTÜN T.B. - Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. **Social Science & Medicine**. 48:9 (May 1999) 1173-1187.

BRAULT, M. W. - American with disabilities: 2005. [em linha] Washington : U.S. Census Bureau, 2008. [Consult. 20 Maio 2012] Disponível em <https://www.census.gov/prod/2008pubs/p70-117.pdf>

BRENNAN, S.; GOMBAC, I.; SLEIGHTHOLM, M. - Participation and Activity Limitation Survey 2006 - Facts on Hearing Limitations [Em linha] Ottawa : Social and Aboriginal Statistics Division - Statistics Canada, 2009 [Consult. 20 Maio 2012] Disponível em <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2009012-eng.pdf>

CAI, L. - The relationship between health and labour force participation: evidence from a panel data simultaneous equation model. **Labour Economics**. Issue 1 (January 2010) 77-90

CASANOVA, J. L. - Pessoas com deficiências e incapacidades – um inquérito nacional. Lisboa : VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas, 25-28 Junho 2008.

CHAPIREAU, F.; COLVEZ, A. - Social disadvantage in the international classification of impairments, disabilities and handicap. **Social Science & Medicine**. 47:1 (1998) 59-66.

CHIRIKOS, T. N. - The relationship between health and labor market status. **Annual Review of Public Health**. 14 (1993) 293-312.

CORRIGAN, N - Deaf Community Needs. [Em linha] Western Australian Deaf Society: Inter-State Comparison, Final Report, 2011 [Consult. 2 Fev. 2012] Disponível em http://www.wadeaf.org.au/media/docs/Matrix-WADS_Deaf_Community_Need.pdf?PHPSESSID=3b8e6adfa73bf44fcf3a2cd6c47e89aa

CURRIE, J.; MADRIAN, B. C. - Health, Health insurance and the labor market. In ASHENFELTER O.; CARD D. - Handbook of labor economics, Vol. 3, Part C. Ed. Elsevier, 1999.

DARLING, I. - Labour market outcomes of persons with disabilities in british columbia, 2009 [Em linha] Ministry of Advanced Education and Labour Market Development [Consult. 23 Maio 2012] Disponível em <http://www.bcstats.gov.bc.ca/Publications/AnalyticalReports.aspx>

DAVIS, A.; DAVIS, K. - Descriptive epidemiology of childhood hearing impairment. In SEEWALD, R.; THARPE A. M. - Comprehensive handbook of pediatric audiology. Plural Publishing, 2010.

DECRETO-LEI N.º 40/83. D. R. Iª Série. 20 (05.08.1983) - Estabelece o regime de emprego protegido.

DECRETO-LEI N.º 247/89. D. R. Iª Série. 179 (05.08.1989)

DECRETO-LEI N.º 29/2001. D.R. Iª Série – A (03.02.2001) - Estabelece o sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência, com um grau de incapacidade funcional igual ou superior a 60%.

DECRETO-LEI N.º 244/2002. D.R. Iª série - A (05.11.2002) - Alteração ao Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro.

DECRETO-LEI N.º 290/2009. D. R. Iª Série. 197 (02.10.2009) - cria o Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades.

DELAGE, H.; TULLER, L. - Language Development and Mild-to-Moderate Hearing Loss: Does Language Normalize With Age? **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**. 50(2007) 1300–1313,.

DIRECTIVA 200/78/CE de 27 de Novembro de 2000. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias** (2.12.2000) - Estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional

DUPRÉ, D.; KARJALAINEN, A. - Employment of disabled people in Europe in 2002. **Statistics in Focus**. 3:26 (2003).

ENGEL, G. L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**. 196:4286 (1977) 129-136.

EUROPEAN COMMISSION - Mid-term Evaluation of the European Action Plan 2003-2010 on Equal Opportunities for People with Disabilities - Final Report, 2009. [Em linha] [Consult. 14 Abril 2012]. Disponível em <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3784&langId=en>

EUROPEAN UNION OF DEAF - European Union of Deaf. [Em linha] 2012. [Consult. 28 de Maio de 2012.] Disponível em <http://eud.eu/Portugal-i-196.html>

FORTIN, M.-F. - O Processo de Investigação - da concepção à realização. Lusociência, 1999.

FOUGEYROLLAS, P. - Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. **Disability and Rehabilitation**, 17:3-4 (April-June 1995) 145-153.

GARCÍA-GÓMEZA, P. - Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe. **Journal of Health Economics**. 30:1 (Jan. 2011) 200-213
JENKINS, R. - Disability and social stratification. **The British Journal of Sociology**, 42:4 (Dec. 1991) 557-580.

GEP – Boletim Estatístico – Novembro de 2012 [Em linha] [Consult. 20 Nov. 2012] Disponível em <http://www.gep.msss.gov.pt/estatistica/be/benov2012.pdf>

GONÇALVES, C. - Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. In INE - Revista de Estudos Demográficos. 2003, 69-94.

GONÇALVES, J.; NOGUEIRA, J. M. - O Emprego das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade – Uma abordagem pela igualdade de oportunidades. Lisboa : Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012.

GRAÇA, L. - Desenho, redação e aplicação de questionários e entrevistas. Lisboa : Cadeira de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

GREVE, B. - The labour market situation of disabled people in European countries and implementation of employment policies: a summary of evidence from country reports and research studies. [Em linha] Academic Network of European Disability experts (ANED). 2009. [Consult. 23 Abril 2012.] Disponível em <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%20Task%206%20final%20report%20-%20final%20version%2017-04-09.pdf>

HARRIS, J.; THORNTON, P. 2005. Barriers to labour market participation: the experience of Deaf and hard of hearing people. In ROULSTONE A.; BARNES C. - Working Futures? Disabled People, Policy and Social Inclusion. Bristol: Policy Press, 2005. 233-244.

HUTCHISON, T. - The classification of disability. **Archives of Disease in Childhood**, 73:2 (1995) 91-94.

ILO - Managing disability in the workplace. [Em linha] ILO code of practice - International Labour Office, 2002 [Consult. 13 Fev. 2012] Disponível em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_emp/documents/publication/wcms_103324.pdf

INE – Estatísticas do Emprego 2011, Lisboa, 2011

INE – Estatísticas do Emprego 2012 – 1º Trimestre, Lisboa, 2012

INR - Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens. [Em linha] Instituto Nacional para a Reabilitação: Informação estatística, 1995. [Consult. 27 Fev. 2012] Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/117/estudos-informacao-estatistica>

INR - Historial. [Em Linha] Instituto Nacional para a Reabilitação, 2008. [Consult. 27 Fev. 2012] Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/49/historial>

INR - Missão, Visão, Valores. Instituto Nacional para a Reabilitação. [Em linha] Instituto Nacional para a Reabilitação, 2011 [Consult. 27 Fev. 2012] <http://www.inr.pt/content/1/1188/missao-visao-valores>

INR - CIF - uma mudança de paradigma. [Em linha] Instituto Nacional para a Reabilitação, 2012 [Consult. 27 Fev. 2012] Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>

JAMSEN, J.; CORLEY, K. - E-Survey Methodology. In REYNOLDS, R. A.; WOODS R.; BAKER J. D. - Handbook of Research on Electronic Surveys and Measurements. Idea Group Inc., 2007.

JANSSENS, A. C. J. W.; KRAFT, P. - Research Conducted using data obtained through online communities: ethical implications of methodological limitations. PLoS Med 9(10): e1001328, 2012. doi:10.1371/journal.pmed.1001328

JENKINS, R. 1991. Disability and social stratification. **The British Journal of Sociology**. 42:4 (Dec. 1991) 557-580.

JONES, M. K. - Disability, employment and earnings: an examination of heterogeneity. **Applied Economics**, 43:8 (2011) 1001-10017

JONES, M. K.; LATREILLE, P. L. - Disability, health and the labour market: evidence from the Welsh Health Survey. **Local Economy**. 49:3 (May 2009) 192-210.

JONES, M. K.; LATREILLE, P. L. - Disability and self-employment: evidence for the UK.. **Applied Economics**, 43:27 (2011) 4161-4178.

JONES, M. K.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J. - Disability and work: a review of the british evidence. School of Business and Economics. University of Wales Swansea, 2006

KOCHKIN, S. - The Impact of Untreated Hearing Loss on Household Income. www.betterhearing.com. [Em linha] Better Hearing Institute, 2007. [Consult.: 14 de Março de 2012.] Disponível em http://www.betterhearing.org/pdfs/M7_Hearing_aids_and_income_2006.pdfMIT

LAURENZI, C.; MONTEIRO, B. - Mental health and deafness - the forgotten specialism? **ENT News**. 6 (1997) 22-24.

LEI N.º 9/89. D. R. Iª Série. 100 (02.05.1989) – Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

LEI N.º 38/2004. D. R. Iª Série – A. 194 (18.08.2004) - Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência

MALO, M. Á. - Las personas con discapacidad en el mercado de trabajo español. **Revista del Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales**, 46. (2003) 99-125.

MEAGER, N.; HILL, D. - The labour market participation and employment of disabled people in the UK. Working paper 1. Brighton: Institute for Employment Studies, 2005.

MITCHELL, R. E. - How Many Deaf People Are There in the United States? Estimates From the Survey of Income and Program Participation. **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, 11:1 (Winter 2006) 112-119.

OECD - *Sickness, Disability and Work: breaking the barriers*. 2010.

OFFICER, A.; GROCE, N. - Key concepts in disability. **The Lancet**. 374:9704 (November 2009) 1795-1796.

OLIVER, M. - *The politics of disablement*. London: The MacMillan Press, 1990.

ONU - Declaração Universal dos Direitos Humanos. [Em linha] Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948. [Consult. 5 Jan. 2012.]
Disponível em
<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/portugues/Universal.html>

PELKOWSKI, J. M.; BERGER, M. C. - The impact of health on employment, wages, and hours worked over the life cycle. **The Quarterly Review of Economics and Finance**. 44 (2004) 102-121.

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo [Em linha] [Consult. 01 Out. 2012] Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/>

PORTUGAL, S.; MARTINS, B. S.; RAMOS, L. M.; HESPANHA, P. - Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência. Coimbra : Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2010.

REIS, E.; MELO, P.; ANDRADE, R.; CALAPEZ, T. - Estatística Aplicada - vol. 2. Lisboa: Edições Sílabo, 1997.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 63/98. D. R. Iª Série – A. 278 (02.12.98) – Aprova, para ratificação, a Convenção n.º 159 da Organização Internacional do Trabalho, respeitante à readaptação profissional e ao emprego de deficientes.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 56/2009. D. R. Iª Série. 146 (30.07.2009) – Aprova Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 120/2006. D. R. Iª Série. 183 (21.09.2006) – Aprova o 1º Plano de acção para integração das pessoas com deficiências ou incapacidade (I PAIPDI 2006-2009).

RODRIGUEZ, M. J. M.; PANADERO, M. D. R. - Clasificación y etiología de la hipoacusia neurosensorial. In RODRIGUEZ, M. J. M.; IRUJO, A. H. - Implantes cocleares. Barcelona: Marron, 2002.

RYDBERG, E. - Deaf people and the labour market in Sweden. Örebro University, 2010.

RYDBERG, E.; GELLERSTEDT, L. C.; DANERMARK, B. - Toward an equal level of educational attainment between deaf and hearing people in Sweden?, **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, 14:3 (2009) 312-323.

RYDBERG, E.; GELLERSTEDT, L.C.; DANERMARK, B. - Deaf people's employment and workplaces - similarities and differences in comparison with a

reference population. 2011, **Scandinavian Journal of Disability Research**, 13:4 (2011) 327-344.

SCHROEDEL, J. G.; GEYER, P. D. - Long-term Career Attainments of Deaf and Hard of Hearing College Graduates: Results from a 15-year follow-up survey. **American Annals of the Deaf**. 145:4 (2000) 303-314.

SENGHAS, R. J.; MONAGHAN, L. - Signs of their times: Deaf Communities and the culture of Language. **Annual Review of Anthropology**. 31 (2002) 69–97.

SOUSA, J.; CASANOVA, J. L.; PEDROSO, P. - Elementos de caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal. Centro de Reabilitação Profissional de Gaia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. 2007.

STAPLETON, D.; LIVERMORE, G.; SCRIVNER, S.; TUCKER, A.; - Exploratory study of health care coverage and employment of people with disabilities: Literature Review. [Em linha] U.S. Department of health & Human Services - Office of The Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 1997. [Consult. 3 Março 2012] Disponível em <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/1997/eshcclit.pdf>

THOMAS, C. - How is disability understood? An examination of sociological approaches. **Disability & Society**. 19:6 (October 2004) 569-583.

THORNTON, P.; LUNT, N. - Employment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review. Social Policy Research Unit, University of York . 1997.

TYE-MURRAY, N. - Foundations of aural rehabilitation - children, adults and their families. 3rd ed. Delmar, 2009.

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION - Disability Employment 101. [Em linha] U.S. Department of Education Office of Special Education and Rehabilitative Services, 2007 [Consult. 20 Maio 2012.] Disponível em <http://www2.ed.gov/about/offices/list/osers/products/employmentguide/disabilityemployment101.pdf>

WATSON, D., JENNINGS, T.; TOMLINSON, P.; BOONE, S.; ANDERSON, Glenn. - Model State Plan for Rehabilitation of Persons who are Deaf, Deaf-Blind, Hard of Hearing or Late Deafened. 5th ed. University of Arkansas, 2008.

WEBER, B. A.; DIENFENDORF, A. - Neonatal hearing screening. In MUSIEK, F.; RINTELMANN W. - Contemporary perspectives in hearing assessment. Allyn and Bacon, 1999.

WHO - Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF. [Online] World Health Organization (2002) [Consult. 17 Fev. 2012] Disponível em <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

WHO - World Report on Disability. 2011. 233-257.

WHO - International Classification of Diseases (ICD). [Em linha] World Health Organization: Classifications [Consult. 8 Dez. 2011a.] Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>

WHO - Deafness and hearing impairment - Fact sheet N°300 . [Em linha] World Health Organization: Media Centre (February 2012) [Consult. 27 Maio 2012] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>

WHO - Rubella - Fact sheet n.º 367 [Em linha] World Health Organization (July 2012a) [Consult.: 17 de Junho de 2012.] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs367/en/>

WILLOUGHBY, L. - Sign language users' education and employment levels: keeping pace with changes in the general Australian population? **The Journal of Deaf studies and Deaf education**. 16:3 (Summer 2011) 401-413.

YOSHINAGA-ITANO, C.; SEDEY, A. L.; COULTER, D. K.; MEHL, A. L. - Language of Early- and Later-identified Children With Hearing Loss. **Pediatrics**. 102 (1998) 1161-1171.

ANEXOS

I – Questionário

1. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Em que ano nasceu? _____

3. Estado civil

☐ Casado(a) ou em união de facto

☐ Solteiro (a)

☐ Divorciado (a)

☐ Viuvo (a)

4. Quantos filhos tem?

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Mais de 3

5. Contando consigo, quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ Mais de 5

6. Qual a sua residência?

☐ Norte

☐ Centro

☐ Lisboa e Vale do Tejo

☐ Alentejo

- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma da Madeira
- ☐ Região Autónoma dos Açores

7. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

- ☐ Sei ler e/ou escrever mas não andei na escola
- ☐ Ensino básico – 1º ciclo (1º-4º ano)
- ☐ Ensino básico - 2º ciclo (5º-6º ano)
- ☐ Ensino básico – 3º ciclo (7º-9º ano)
- ☐ Ensino superior – Bacharelato
- ☐ Ensino superior – Licenciatura
- ☐ Ensino superior – Mestrado
- ☐ Ensino superior – Doutoramento

8. Qual foi o ano que terminou? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: resposta era “ensino básico - 1º ciclo (1º-4º ano)” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

- ☐ 1ª classe
- ☐ 2ª classe
- ☐ 3ª classe
- ☐ 4ª classe

9. Qual foi o ano que terminou? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: resposta era “ensino básico - 2º ciclo (5º-6º ano)” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

- ☐ 5º ano
- ☐ 6º ano

10. Qual foi o ano que terminou? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: resposta era “ensino básico - 3º ciclo (7º-9º ano)” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

- ☐ 7º ano
- ☐ 8º ano
- ☐ 9º ano

11. Qual o curso que terminou? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Ensino Superior – Bacharelato” ou “Ensino superior – Licenciatura” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

12. Qual a sua formação de base? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Ensino Superior – Mestrado” ou “Ensino superior – Doutorado” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

13. Em que área realizou Mestrado? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Ensino Superior – Mestrado” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

14. Em que área realizou Doutorado? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Ensino Superior – Doutorado” na pergunta 7 – Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?)

15. Qual a causa da surdez?

- ☐ Congénita (já nasceu com a perda de audição / surdez)
- ☐ Adquirida, até 3 anos de idade
- ☐ Adquirida, entre os 3 e os 6 anos de idade
- ☐ Adquirida, entre os 6 e 12 anos
- ☐ Adquirida, após os 13 anos de idade
- ☐ Não sabe

16. A sua surdez é:

- ☐ Num ouvido
- ☐ Nos dois ouvidos

17. Devido à sua surdez tem algum grau de incapacidade atribuído?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Qual o grau de incapacidade atribuído (em percentagem %)? Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Sim” na pergunta 17 - Devido à sua surdez tem algum grau de incapacidade atribuído?)

19. Tem mais algum problema de saúde ou incapacidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não

20. Qual? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

Resposta era “Sim” na pergunta 19 - Tem mais algum problema de saúde ou incapacidade?)

21. Usa prótese auditiva ou implante coclear?

☐ Sim

☐ Não

22. Qual? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

Resposta era “Sim” na pergunta 21 – Usa prótese auditiva ou implante coclear?)

☐ Prótese auditiva

☐ Implante coclear

23. Usa Língua Gestual Portuguesa no seu dia-a-dia, em casa?

☐ Sim

☐ Não

24. Usa linguagem oral (falada) no seu dia-a-dia, em casa?

☐ Sim

☐ Não

25. Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho.

☐ Estou activo (se está a trabalhar; ou se está desempregado)

☐ Estou inactivo (se é reformado, doméstico)

☐ Nunca trabalhei

26. Com que idade teve o 1º emprego? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Estou activo (se está a trabalhar; ou se está desempregado)” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

27. Qual a sua profissão? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Estou activo (se está a trabalhar; ou se está desempregado)” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

28. Alguma vez esteve empregado (a) através de algum Programa de Emprego para Pessoas com incapacidade? (Responda a esta pergunta apenas se as condições seguintes são verdadeiras: Resposta era “Sim” na pergunta 17 - Devido à sua surdez tem algum grau de incapacidade atribuído?; e Resposta era

“Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho) ou “Estou inactivo (se é reformado, ou doméstico) na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

29. Qual a sua principal fonte de rendimento? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

- ☐ Trabalho
- ☐ Subsídio de desemprego
- ☐ Apoio social
- ☐ Rendimento do marido ou mulher, ou outro familiar

30. Qual a sua principal fonte de rendimento? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Estou inactivo (se é reformado ou doméstico) ou “Nunca trabalhei” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

- ☐ Pensão / reforma
- ☐ Apoio social
- ☐ Rendimento do marido ou mulher, ou outro familiar
- ☐ Outro _____

31. No mês de Janeiro de 2012, estava: (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Estou activo” ou “Estou inactivo (se é reformado ou doméstico) ou “Nunca trabalhei” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado
- ☐ Trabalhador familiar (trabalha, sem ser pago, na empresa, negócio ou exploração agrícola (orientada para o mercado) de um familiar com o qual vive)
- ☐ Reformado
- ☐ Doméstico

32. Em Janeiro de 2012, qual era a sua situação profissional? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

- ☐ Trabalha como empregado / funcionário
- ☐ Trabalhador por conta própria
- ☐ Trabalhador por conta própria como empregador

☐ Outro _____

33. Em Janeiro de 2012, que tipo contrato tinha? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Trabalha como empregado/funcionário” na pergunta 32 (Em Janeiro de 2012 qual era a sua situação profissional) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

☐ Contrato a termo certo (acaba ao fim de algum tempo, e pode continuar ou não)

☐ Contrato sem termo (se é efectivo)

☐ Prestação de serviços (recibos verdes)

☐ Outro _____

34. Em Janeiro de 2012, trabalhava em que sector de actividade? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Trabalha como empregado/funcionário” na pergunta 32 (Em Janeiro de 2012 qual era a sua situação profissional) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

☐ Público

☐ Privado

35. Em Janeiro de 2012, quantos trabalhadores tinha a sua empresa, no total? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Privado” na pergunta 34 (Em Janeiro de 2012, trabalhava em que sector de actividade?) e Resposta era “Trabalha como empregado/funcionário” na pergunta 32 (Em Janeiro de 2012 qual era a sua situação profissional) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

☐ 1 a 9 pessoas

☐ 10 a 49 pessoas

☐ 50 a 99 pessoas

☐ 100 a 249 pessoas

☐ 250 e mais pessoas

36. Em Janeiro de 2012, estava no seu emprego através de algum Programa de Emprego para Pessoas com Incapacidade? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

37. Em Janeiro de 2012, estava há quanto tempo neste emprego? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))

☐ Menos de 6 meses

☐ Entre 6 meses e 1 ano

☐ Há mais de 1 ano

38. Em média quantas horas trabalha por dia? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))
- ☐ Pelo menos 7 a 8 horas por dia
 - ☐ Menos de 7 horas por dia
39. Há quanto tempo está desempregado? (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Desempregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))
- ☐ Menos de 1 mês
 - ☐ Entre 1 e 6 meses
 - ☐ Entre 7 e 11 meses
 - ☐ 1 ano ou mais
40. Como desempregado, está: (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:) e Resposta era “Estou activo” na pergunta 25 (Diga-nos qual a sua posição no mercado de trabalho))
- ☐ À procura do 1º emprego
 - ☐ À procura de novo emprego
41. Há quanto tempo está reformado?: (Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Resposta era “Empregado” na pergunta 31 (No mês de Janeiro de 2012, estava:))
- ☐ Menos de 1 mês
 - ☐ Entre 1 e 6 meses
 - ☐ Entre 7 e 11 meses
 - ☐ 1 ano ou mais
42. Qual o seu rendimento líquido médio mensal (ordenado), em 2011?
- ☐ Até 485€/mês
 - ☐ Entre 486 e 600€/mês
 - ☐ Entre 601 e 800€/mês
 - ☐ Entre 801 e 1000€/mês
 - ☐ Entre 1001 e 1200€/ mês
 - ☐ Mais de 1200€/mês